

保護者不在時の診察に関する同意書

大森町駅前内科小児科クリニック 院長 殿

この度、保護者不在で貴院を受診することとなりました。

保護者、受診者ともに貴院の治療方針を十分に理解しており、保護者了承の上で、

子供のみ受診いたします。

尚、この度の治療・投薬に関連して、緊急にあるいは医学的に必要な処置や、変更が生じた
場合、貴医院の指示通りに従います。

本日、受診者及び保護者が貴院に対して、上記の次第で治療を依頼したことに対して、不
服を申し立てるようなことはいたしません。

以上の通り同意いたします。

年 月 日

受診者 氏名 _____

住所 _____

保護者 氏名 _____ 印

緊急連絡先：TEL () _____