

保護者不在時の診察に関する同意書

平和島駅前クリニック 院長殿

この度、保護者不在のため子どものみで貴医院を受診することになりました。

保護者、受診者は、ともに貴医院の診療方針を十分に理解しており、保護者了承の上で受診いた

します。なお、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、受診者および保護者が貴医院に対して、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(お子様)

氏名

住所

保護者

氏名

緊急連絡先
