

保護者不在時の診察に関する同意書

この度、別紙問診票に記載した症状で、保護者不在のため子どものみで受診致します。

私 _____ (保護者/成人) は _____ (受診者) が

ひろむら内科クリニックで診察・治療を受けることに対し、保護者・受診者ともに十分理解し、保護者了承の上で受診いたします。なお、治療や投薬に関して、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※1、医師の指示に従い、不服を申し立てることは致しません。

※1 この際は、出来る限り保護者の方と連絡を取るよう努めます。

以上の通り、同意を致します。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【受診者】

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【保護者】

氏名 _____ 続柄 _____

住所 _____

緊急連絡先 _____ - _____ - _____

- 診察券、保険証もしくはマイナンバー、お薬手帳(お持ちの方)を必ずご持参の上、ご来院下さい。
- この同意書に記載いただいた場合でも、症状や医師の所見により保護者の同伴をお願いする場合がございます。
- 症状に関するお問い合わせはお電話では承っておりません。症状などに関するご質問は、必ず診療時間内に受診者様ご同伴で、ご予約の上、受診をお願い致します。

ひろむら内科クリニック