

保護者不在時の診察に関する同意書

武蔵村山さいとうクリニック 院長 殿

症状：

この度、上記に対する症状で、保護者不在で貴医院を受診することとなりました。保護者、受診者ともに貴医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。

令和 年 月 日

受診者

氏名

住所

保護者

氏名

印

住所

※保護者の方は、別紙の問診票に受診者様の症状をご記入下さいますよう、お願い致します。