

## 保護者不在時の診察に関する同意書

川崎駅東口内科クリニック・アレルギー科・小児科 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 ( )

---