

保護者不在時の診察時等に関する同意書

梅田クリニック院長殿

この度、保護者不在で貴院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理解しており、保護者了承の上で子供のみ受診致します。
尚、この度の治療・投薬に関して、緊急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致しません。

以上の通り同意致します。

年 月 日

受診者氏名	
住所	

保護者氏名	
緊急連絡先:TEL	

※保護者以外の成人されている方の付添いの場合に記入

受任者氏名		続柄	
住所		TEL	