保護者不在時の診察における同意書

医療法人社団 Sunshine
パークタワー勝どき小児科院長殿

この度、上記の症状で、保護者不在のため子どものみで貴院を受診することとなりました。
私、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（保護者）は、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（受診者）が、パークタワー勝どき小児科で診察を受けることに対し、保護者、受診者ともに貴院の診察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、診察・検査（感染症・採血等）・処方、また緊急時に医学的に必要な処置が生じた場合、貴院の指示通りに従います。
本日、受診者およ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。

20　　年　　月　　日

受診者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（印）　続柄＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　緊急連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（※保護者様の同意が必要と判断した場合は、保護者様へ
連絡をさせていただく場合がございます。
連絡が取れない場合は、診察・処置行為ができない場合が
ございますので、必ず連絡が取れる電話番号をご記入ください。）

※中学１年生から、保護者様の同意があれば、保護者の方が同伴しなくとも受診することが出来ます。
※この同意書に記載を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。
※別紙の問診票に受診者様の症状をご記入ください。投薬に関わりますため、必ず体重をご記入ください。
※必ず、診察券・保険証・医療証・同意書・問診票をお子様にお持たせください。
（上記のものをお持ちいただけない場合は、受診をお断りさせていただきます。）
※同意書・問診票ともに、保護者の方が用紙に記入された場合のみ受診が可能です。
※当院に受診歴のない方は、保護者の方と同伴をお願いいたします。