

未成年の保護者不在時診察に関する同意書

野庭中央診療所 院長 殿

主訴 : _____

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事となりました。

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事に対して、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。

平成 年 月 日

保護者 氏名 _____ 印

住所 _____

受診者 氏名 _____

住所 _____