

高校生の保護者不在時の診療について

当院では診察を受けられる際、親権者、保護者様のご同伴をお願いしております。
やむを得ず親権者、保護者様のご同伴なく診察を受けられる際は本書にて親権者、保護者様の同意をいただき、受診の際にご署名のうえご持参をお願いいたします。
ご持参がない場合、処方・処置・検査などの治療は行なえことがありますのでご了承ください。

また、診療内容にて不明な点がある場合には、電話での問い合わせではなく、患者様と保護者様ご同伴のもと診療時間内外来受診をお願いいたします。
中学生以下の方は必ず親権者・保護者様のご同伴が必要です。

未成年者の診察および治療に関する同意書

すぎた子どもクリニック 様

私 _____（親権者・保護者）は

_____（受診者）が

すぎた子どもクリニックで診療を受けることに同意いたします。
また、この診察において受診者が医師の診察説明にて納得した場合には、その意思を尊重し、検査や処方を受けることについて同意いたします。
そしてこの度の診察等に関して、緊急または医学的に必要な処置、検査が生じた場合は医師の指示に従います。

令和 年 月 日

受診者 氏 名 _____

住 所 _____

保護者 氏 名 _____ 続柄 _____ 印

住 所 _____

緊急連絡先 _____ — —

既往歴・アレルギーなど _____