

## 保護者不在時の診察に関する同意書

松の木こどもクリニック 院長 殿

症状:

この度、上記に対する症状で、私(保護者)不在で貴医院を受診することとなりました。

私(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、私(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・投薬に関連して、緊急にあるいは医学的に必要な処置・検査や、変更が生じた場合は  
貴医院の指示通りに従います。

本日、受診者及び私(保護者)が貴医院に対して、上記の次第で治療をお願いしたことに対して、  
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。

西暦 年 月 日

受診者氏名:

保護者氏名(自署):

印 続柄( )

住所:

緊急連絡先(勤務先、携帯等):

当日医師がご連絡する場合がございます。

---

## 保護者不在時の診察に関する同意書

松の木こどもクリニック 院長 殿

症状:

この度、上記に対する症状で、私(保護者)不在で貴医院を受診することとなりました。

私(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、私(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・投薬に関連して、緊急にあるいは医学的に必要な処置・検査や、変更が生じた場合は  
貴医院の指示通りに従います。

本日、受診者及び私(保護者)が貴医院に対して、上記の次第で治療をお願いしたことに対して、  
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。

西暦 年 月 日

受診者氏名:

保護者氏名(自署):

印 続柄( )

住所:

緊急連絡先(勤務先、携帯等):

当日医師がご連絡する場合がございます。