保護者不在時の診察に関する同意書

受診者

氏名（ふりがな）

生年月日　　年　　月　　日（　　歳）

健康状態について

アレルギー　□なし　□あり

（　　）

既往歴　　□なし　□あり

（　　）

同意事項

私は、上記の未成年者が保護者の同伴なしで貴院を受診することに同意します。

また、診療上必要と医師が判断した場合、以下についても同意します。

●必要な検査、処置を受けること

●必要な薬剤の処方を受けること

●その他、診療上必要な対応を受けること

なお、診療内容などについて確認が必要な場合、医療機関から保護者へ連絡することに同意します。

緊急時には、受診者の安全を最優先として、医師の判断により必要な処置、対応を行うことについても同意します。

保護者連絡先

第一連絡先：

第二連絡先：

署名

記入日　　年　　月　　日

保護者署名：　　（続柄）

受診機関名：おのざきクリニック