

保護者不在時の診察に関する同意書

太枠のご記入お願いいたします

新中野耳鼻咽喉科クリニック 担当医師殿

病名 花粉症 アレルギー その他 ()

この度、上記の病名にて下記受診者が、保護者不在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

新中野耳鼻咽喉科クリニックにて診察・治療を受けることに対し、保護者・受診者ともに貴院の診療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、この度の治療・投薬に関連して緊急・医学的に必要な処置や変更が生じた場合貴院の指示通りに従います。

本日受診者及び保護者が貴院に対して、上記の治療を依頼したことに対して不服申し立てるようなことは致しません。

令和 年 月 日

受診者

氏名

住所

保護者

氏名

続柄

住所 同左・異なる場合

(

)

ご連絡のつく電話番号

※この同意書は、保護者不在時の中高校生のお子様が単独で受診された際に必要となります。

※治療内容は、2ヶ月以内に処方された花粉症やアレルギー、1週間以内に処方された風邪薬の同じ内容での継続投与のみに限られます。

投薬内容の変更や追加・増量・日数増などは一切できません

※この同意書に記載を頂いた場合でも、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あります。

また場合によっては診察をお断りさせて頂く事もあります。

※受診内容のお電話での問い合わせは承っておりません。

必ず改めて親同伴のうえ診療時間内に受診をお願いします。

お子様の単独受診後に保護者の方が直接来院されての問い合わせに関しても同様です。

医療法人社団 広士会