保護者不在時の診察に関する同意書

楓みみはなのどクリニック　　院長殿

病名：花粉症 ・ アレルギー ・ 舌下免疫療法 ・ かぜ

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/成人）は＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（受診者）が、楓みみはなのど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、緊急にあるいは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、受診者および保護者が貴院に対して、上記の次第で治療を依頼したことに対して、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。

令和　　年　　月　　日

受診者（お子様）
氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者
氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　続柄＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話番号　　－　　－　　緊急連絡先　　－　　－

※この同意書は、当院再診の方で、保護者不在時の小学生（高学年；4～6 年生）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 か月以内に処方された花粉症やアレルギー、舌下免疫療法の薬、1 週間以内に処方されたかぜ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ございます。
※受診内容のお電話での問い合わせは承っておりません。必ず改めて順番予約をお取り頂き、必ず保護者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。