

- ・中学生以下のお子様の初診時は、保護者の同伴をお願いしています。
- ・止むを得ず、中学生以下のお子様が単独受診される場合、本同意書及び問診票をご記入の上、受付にご提出下さい。
- ・中学生以下の初診時の単独受診は、お断りする場合がありますので、予めご了承下さい。

### 保護者不在時の診察に関する同意書

武蔵野アトラスターズスポーツクリニック院長殿

この度、止むを得ず保護者不在で貴クリニックを受診することとなりました。

保護者、受診者ともに貴クリニックの治療方針を十分に理解しており、保護者了承の上で、子供のみ受診いたします。

尚、この度の治療・投薬に関連して、緊急に或いは医学的に必要な処置や変更が生じた場合、貴クリニックの指示に従います。

本日、受診者及び保護者が貴クリニックに対して、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いたしません。

以上の通り、同意いたします。

令和 年 月 日

保護者名 \_\_\_\_\_

受診者名 \_\_\_\_\_