

- ・小中学生または未就学児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、小中学生または未就学児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。
- ・小中学生または未就学児のお子様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整形外科スポーツクリニック院長殿

この度、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。

年 月 日

保護者名

受診者名
