◎ 保護者が同伴しないお子様（中学生、高校生）が診察を受ける場合の同意書

かかず内科クリニック　院長　殿

＊症状（具体的に記載してください）：

この度、子供が上記の症状に対して私（保護者）の同伴が無く貴院を受診させる事を周知致しております。

私（保護者）と受診者はともに、貴院の診療における説明を十分に理解した上で治療方針や、検査、投薬、点滴等を

受ける必要がある場合は承諾致します。また、後日病状が変化した場合には、病状に対応してこれらの治療方針に変更が生じても

納得、承諾し貴院の指示に全面的に従います。

これらの点を踏まえ、私（保護者）と受診者は診療内容について貴院に対して不服を申し立てるような事は致しません。

以上の内容を同意致します。

西暦　　年　　月　　日

受診者氏名：

保護者氏名（自著）：　　印　　続柄（　　）

住所：

緊急連絡先（勤務先、携帯電話など）：

●場合によっては、スタッフがご連絡する事がございます。