

保護者不在時の診察に関する同意書

鴨居つむぎ小児科・皮膚科では、小児の診察は保護者同席のもとで行うことを原則としています。

しかし、保護者がやむを得ない事情で同席できない場合、「中学生以上」かつ「当院への通院の続き」に限り、保護者からの同意書を得た上で、中学生単独での診療を行います。通院の続きとは、花粉症・ニキビなどの継続診療や、かぜ薬の続きが欲しい場合などを指します。

以下の内容にご理解いただける場合はご署名をお願いします。

なお、保護者の方の自署でない場合、この同意書は無効となります。

鴨居つむぎ小児科・皮膚科 院長殿

上記記載内容を理解し、保護者の同伴なしで診療を受けることに同意します。

また、診療に同席できない場合は、患者が医師と話し合い承諾した医療を受けることに同意し、診療内容についての異議申し立てはいたしません。

診療内容に不明な点がある場合は、診療予約の上、患者と共に再度受診をいたします。

西暦 _____ 年 ____ 月 ____ 日

保護者住所 _____

保護者電話番号 _____

保護者署名 _____ (続柄 _____)

外来受診者名 _____

【留意事項】

必要に応じてクリニックよりご連絡する可能性があります。ご連絡がつかない場合は、安全を最優先し、当日の検査・処置などを見送る場合がございます。

患者様側からのお電話での診療に関するお問い合わせには、個人情報保護の観点によりお答えできかねますことをご了承ください。