

保護者不在時の診察に関する同意書

当院では、原則として未成年の方の受診には保護者の同伴をお願いしております。
ただし、中学生（12～15 歳以下）の方でやむを得ず保護者の方が同席できない場合に限り、**保護者の同意書を提出いただくことで、お一人での受診を可能としています。**

内容をご確認の上、下記の事項にご同意いただける場合はご署名をお願いいたします。

横浜みなと呼吸器内科・内科クリニック 院長殿

下記の記載内容を理解し、保護者同伴なしで診察を受けさせることに同意します。

【同意内容】

- 医師の診察、検査および処方を、本人のみで受けることを許可します
- 診療内容の説明は、本人に対して行うことを了承します
- 緊急時には、下記の保護者に連絡を取ることに同意します
- 必要に応じて、保護者が後日あらためて受診します

■ 記入日：____年____月____日

■ 未成年患者氏名（12～15 歳以下）：_____

■ 生年月日：____年____月____日

■ 保護者氏名：_____ 続柄：_____

■ 住所：_____

■ 電話番号：_____

※ 同意書をご提出いただいても、症状や医師の判断により保護者の同伴をお願いする場合があります
※ 診療内容についての電話でのお問い合わせには対応できかねます
※ 同意書は必ず受診当日にご持参ください