

15歳～18歳未満の患者さんが1人で受診される場合の保護者の同意書

アイルみずほ台内科クリニック 院長 殿

受診の目的：

上記に対し、やむを得ず保護者同伴無しでの診察、治療を希望します。  
尚、この度の治療、投薬に関連して、緊急にあるいは医学的に必要な処置が生じた場合は、貴クリニックの指示に従います。  
また、連絡には必ず対応できるようにしておりますので、必要な時は、下記緊急連絡先への連絡をお願いします。  
以上の通り同意いたします。

平成 年 月 日

受診者氏名：

保護者氏名：

印 (続柄)

住所：

緊急連絡先：

注1：枠内をすべて記入、捺印して下さい。

注2：予防接種は保護者同伴をお願いしております。予めご了承ください。