

保護者同伴なしの診察に関する同意書

かえで通り耳鼻科 院長殿

- 目的：① アレルギー性鼻炎（花粉症を含む）の治療継続
② 風邪症状（37.5度未満で全身状態悪くないもの）に対する治療
③ 耳痛
④ 耳垢

※ 該当する番号に○をつけてください。

上記にて保護者同伴せず、未成年者単身で貴院を受診します。

私 _____（保護者）は _____（受診者）が、
かえで通り耳鼻科での検査や処置、治療に対して、保護者および受診者ともに
貴院の治療方針を十分に理解し、保護者了承の上で、受診いたします。
なお、この度の治療や投薬に関して、緊急性の高い場合や医学的に必要な処置
や変更が生じた場合は、貴院の指示通りに従います。
本日、受診者および保護者が貴院に対して、上記の次第で治療を依頼したこと
に対して、不服申し立てるようなことは致しません。
以上の通り、同意いたします。

受診日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診者名： [_____]

保護者名： [_____], 緊急連絡先： [_____ - _____ - _____]

[注意事項]

- ・ 継続処方については基本的に内容の変更は致しません。
- ・ 保険証、医療証の不備があった場合には受診できません。
- ・ 同意書は来院ごとに必要です。
- ・ 同意書をお持ちになっている場合でも、診察の内容によっては保護者への電話や来院をお願いする場合があります。
- ・ 感染症検査などは医師の判断で行いますが、保護者不在の場合には血液検査（アレルギー検査を含む）は行いません。
- ・ 診察結果や治療内容は受診者から保護者に報告をして頂きますので、当院から連絡することは致しません。また個人情報保護の観点により、電話でのお問い合わせについても対応しません。
- ・ 医師より説明をご希望される場合は、新規に順番予約をお取りいただき、時間内に来院してください。
- ・ 院内はマスクを義務付けております。事前に準備をお願いいたします。

安心・安全な医療の提供の為、ご理解とご協力をお願いします。