

同意日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療法人社団 堅田医院 殿

## 同意書

この度、受診者がやむを得ない理由で受診が困難なため、下記①②③について、同意します。

- ① 受診者自身での受診が困難なため、代理人に委任し貴院を受診すること
- ② 診察時に、代理人に対して治療方法を説明したうえで、検査(感染症や採血等)・処方等、また緊急時に医学的に必要な処置が生じた場合、貴院の指示通りに従うこと
- ③ 代理人に通じて、受診者(大人)の治療を依頼したことに対して、不服を申し立てることはしないこと

受診者(大人・委任者)

受診者住所 \_\_\_\_\_

受診者氏名[自署] \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

代理人 (代理受診する方)

代理人住所 \_\_\_\_\_

代理人氏名[自署] \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

受診者との関係性や続柄など

\_\_\_\_\_

以上