

同意日： _____ 年 ____ 月 ____ 日

医療法人社団 堅田医院 殿

同意書

この度、保護者不在のため、下記①②③について、同意します。

- ① 子供の受診の際、保護者の付き添いが困難なため、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(子供)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(子子ども)

受診者氏名 _____

保護者（委任する人）

保護者住所 _____

保護者氏名[自署] _____ 電話番号 _____

代理人（同行する方）

代理人住所 _____

代理人氏名[自署] _____ 電話番号 _____

保護者との関係性や続柄など

以上