

同意書

うえだ整形外科クリニック 院長 宛

私は、患者の保護者です。

この度、患者について、保護者不在で貴院へ診療をお願いするにあたり、下記の事項について同意いたします。

記

- ・貴院の治療方針を継続的に把握するように努め、患者を通院させたそれぞれの日の治療方針を十分に理解し、保護者了承のもとで、患者を受診させます。
- ・貴院の診療行為につき、緊急に必要な処置も含め、すべて貴院の指示に従います。
- ・貴院の診療行為及び診療報酬の請求に対して異議を述べません。

以上

患者氏名（生年月日）	（ 年 月 日）
保護者名	
保護者住所	
保護者電話番号	

保護者署名（自筆）

印

※当院は、診療方針について医師より十分な説明を行い、患者様との合意を形成して治療を進めていく方針です。そのため、患者様が十分に理解し、判断をする力がない場合、保護者様の同伴を必ずお願いしております。

※保護者様の都合で同伴ができない場合、本同意書の作成を必ずお願いしています。

※保護者様の同伴ができない場合は、必ず本同意書を患者様に持参させてください。

※本同意書の提出後も長期に渡りに保護者様同伴が困難な場合は定期的に作成をお願いする場合がございます。

※本書式は受付で配布しております。