

保護者同意書のお願い

足立区千住寿町 3-5
中居町クリニック
院長 都築秀至

18歳未満の診察、診療をうけるには保護者の同伴を原則としております。
やむをえず、お子様（高校生以上）が一人で来院される場合は、保護者にお電話で連絡、
確認できるか又は同意書を提出するようにしてください。

また同意書のみの場合、保護者にお聞きしたい事、お伝えしなくてはならない事や、
緊急事態等があった場合は、下記の緊急連絡先にお電話をいたします。
受診時には必ず電話に対応できるようにしてください。

ご協力、宜しくお願い申し上げます。

同 意 書

は（保護者） が（患者さま本人）
中居町クリニックで診察・治療を受けることに同意します。
この診察、治療に関し、また緊急により必要な処置等が生じた場合医師の指示に
従います。

平成 年 月 日

患者氏名

保護者自署

緊急連絡先