

# 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歳未満の方が受診される際には保護者の方の同伴を原則としております。  
やむをえず、おひとりで来院される場合は、保護者にお電話で連絡し受診の同意  
をご確認させていただくか同意書の提出をお願いしております。

同意書のみの場合、保護者にお聞きしたい事、お伝えすべき事がある場合、  
また、緊急事態等が発生した場合、下記の緊急連絡先に連絡致します。  
必ずご対応いただきますようご協力の程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。

西暦 年 月 日

患者氏名

保護者自署

緊急連絡先