

保護者以外の方が同伴時の診察に関する同意書

私、_____（同伴者名）は、
_____（受診者名）がキャップクリニックで
診察・治療を受けることに対し、_____（保護者名）から了解を受け、受診
させるため来院したことに違いありません。

年 月 日

受診者との関係性：_____

同伴者連絡先：_____

同伴者住所：_____

保護者連絡先：_____

スタッフ確認欄 ※同伴者が祖父母様の場合のみ、保護者様への電話連絡不要

- 保護者様へ電話をし、患児の受診希望が間違いないことを確認した
- 同伴者氏名をお伝えし、代理での受診依頼をしたことを確認した
- 適切な医療提供のため、必要時、お電話させていただくことをお伝えした

確認者名：_____

キャップクリニック