

保護者以外の方が同伴時の同意書

私、 _____ (同伴者名) は、
 _____ (受診者名) が
 キャップスクリニックで診察・治療・予防接種・健診を受けることに對し、
 _____ (保護者名) から了解を受け、
 受診させるために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

※同伴者が祖父母さまや成人きょうだいの場合は、初回は保護者さまへの電話連絡を行うが、以降は同意書のスキャン画像と今回記載の同意書のお名前を照合し、一致していれば電話連絡不要です

- ☐ 保護者さまへ電話をし、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： _____

キャップスクリニック