

18歳以下の受診者の単身受診時の保護者同意

下記の項目を確認し、(受診者名： _____) の

単身での受診について同意します。

- ① 受診者は、十分な判断能力を有し、コミュニケーションに問題がない。
(目安として中学生以上)
- ② 受診者が判断できない事項があった場合、
意思決定が可能な保護者と受診時に速やかに連絡が可能にする。
- ③ 受診者がワクチン接種後等に体調不良の場合、
保護者に速やかに連絡、必要な際には速やかに来院が可能なようにする。

受診予定日 (複数記載可) : _____

同意年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名 : _____ (続柄 : _____)

保護者の緊急連絡先 : _____