

未成年者の診察および処方 同意書（親権者不在時用）

※本同意書は親権者ご本人がすべて自署し、未成年者に持参させてください。

私は下記未成年者の親権者（法定代理人）として、下記内容を確認のうえ、未成年者本人のみで貴院においてアップ
ニーク点眼薬（眼瞼下垂用点眼薬）の診察および処方を受けることを承諾します。

■ 未成年者本人

氏名：_____

生年月日：西暦_____年_____月_____日（_____歳）

■ 診療内容

アップニーク点眼薬（眼瞼下垂用点眼薬）の処方

■ 親権者の確認事項

1. 私は当日の診察に同席できないことを了承し、未成年者本人のみで診察および処方を受けることを承諾します。
2. 診療内容、リスク、注意事項については未成年者本人から事前に説明を受けていることを確認しています。
3. 当日は処方前に、親権者へ電話による最終意思確認が行われること、および必要な質問を行う機会があることを理解しています。
4. 電話連絡は処方実施の確認を目的とするものであり、改めて詳細な説明が行われない場合があることを了承します。
5. 電話連絡が取れない場合は、診察および処方を行えない場合があることを了承します。
6. 診察および処方に関連する緊急時には、下記連絡先へ連絡されることに同意します。

■ 親権者（法定代理人）

氏名（自署）：_____

未成年者との続柄：☐ 父 ☐ 母 ☐ その他（_____）

住所：〒_____ - _____

電話番号（当日連絡先・緊急連絡先）：_____

同意日：西暦_____年_____月_____日

【スタッフ記入欄】

- ☐ 親権者の身分証明書の写しの提出を受け、確認しました
- ☐ 未成年者本人の身分証明書の提示を受け、確認しました
- ☐ 処方前に親権者へ電話連絡を行い、同意の確認を行いました

確認日時： 年 月 日 時 分

確認者 ：

CHINOWA CLINIC（シノワクリニック）

〒150-0001 東京都渋谷区神宮前6丁目16-18

サンドー原宿ビル2階

電話：03-6712-5967 営業時間：10:00-19:00