同　意　書

（登録時に提出してください）

ふ　り　が　な		生　年　月　日	性　別
児童氏名		２０　　年　　月　　日	男・女

□　**お預かりしているお子さまの、病状に合わせて**
保護者の方に連絡をせずに、医師の指示により

【診察・検査や点滴などの処置・薬の服用を開始】することがあります。

※症状例：高熱、熱性けいれん、嘔吐の繰り返し、脱水、蕁麻疹など

函南平出クリニック小児科　ペンギン病児室を利用するにあたり
上記のことを理解し

同意します　　同意しません

（どちらかに〇を付けてください）

２０　　年　　月　　日

保護者氏名　　㊞

更新日											
㊞											