

# 同意書

堺市こども急病診療センターの \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日の診察  
について、代理人 \_\_\_\_\_ 様にすべてを委任いたし  
ます。

改めて保護者への診療内容の説明は求めません。

患者氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

現住所 \_\_\_\_\_

診療のため、以下の内容を必ずご記入下さい。内容の記入もお願いします

1) 薬、食べ物のアレルギーの有無

なし ・ あり ( \_\_\_\_\_ )

2) 今までかかった大きな病気、現在通院中の病気の有無

なし ・ あり ( \_\_\_\_\_ )

※「あり」の方 ⇒ 治癒 ・ 現在通院中

3) 現在、内服中の薬の有無

なし ・ あり ( \_\_\_\_\_ )