

# 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(続柄 \_\_\_\_\_)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 \_\_\_\_\_

以下は診療に必要な内容となりますので、ご記入ください。

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、内服中のお薬の有無

なし ・ あり ( \_\_\_\_\_ )

同意書を右の番号にファックスする : FAX 072-272-5959 または、手書きした同意書の写真をメールに添付して右のアドレスに送信する : sakai.uketuke@sakai99.or.jp  
FAX またはメール送信後は、堺市こども急病診療センター TEL 072-272-0909 に電話でお知らせください。