

未成年者の受診に関する同意書

当院では未成年者が受診される際は、保護者・法律上の代理人の同行をお願いしております。

- 理由は下記の通りです。
 - ・病状や病歴、服用している薬の内容、各種のアレルギー等、必要な医療情報を的確に確認することや、避けられないリスクを伴う処置や処方副作用等について、適切に理解して判断していただくため。
 - ・未成年者は、法的には保護者の同意がないときちんとした契約ができないため。
- 以上を踏まえた当院の方針は、
 - ・18歳未満の方は保護者同伴をお願いします。（継続受診で、初回受診時に保護者の同意が得られている場合はこの限りではありません）
- 注意事項
 - ・重要な意思決定は、職員から保護者に連絡いたします。
 - ・やむを得ず保護者の方が同伴できない場合には、電話での診療の確認、説明や同意をお願いすることがありますので、必ずご連絡が取れるようにご配慮ください。
 - ・ご連絡の取れない場合や診療の内容により医師の判断により後日改めて同伴で御来院していただく場合があります。

上記の内容について十分に理解し、保護者同伴なしで診療を受けることに同意致します。また、診療に同席できない場合は、患者が医師と話し合い承諾した医療を受けることに同意し、診療内容についての異議申し立ては致しません。診療内容について不明な点がある場合は、患者と共に診療時間内に受診をします。

年 月 日

保護者 氏名： _____ 続柄 _____

患者 氏名： _____

住所： _____ 電話番号 _____