

未成年者のみでの外来受診に関する同意書

当院では、未成年者のみでの外来受診は、保護者の方同伴でのご来院をお願いしております。

保護者同伴をお願いする理由

法律上、未成年者のみでの外来受診は、完全な判断能力が認められていない為です。

- ・ 診療を行うにあたり、病状・病歴・服用しているお薬の内容、アレルギー等の医療情報を的確に把握する必要があります。
- ・ 処置、処方薬に関するリスクや副作用について、正しくご理解、ご了承いただく必要があります。
- ・ 今後の診療方針に関する判断や同意をお願いする事があります。

当院における未成年者のみでの受診の方針

- ・ 中学生以下の方は保護者同伴をお願いいたします。（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その限りではありません）
- ・ 中学生卒業後～成人になるまでの方については以下の通りとします。
 - ① 受診する事を保護者が把握しているか確認を取らせて頂きます。
 - ② 保護者が把握していなければ、診察前にご本人様より保護者へご連絡をお願いする事があります。
 - ③ 診療後、保護者の方へ報告を行って頂く様お伝えする事があります。
 - ④ 意思決定については当院スタッフより保護者の方へご連絡する場合があります。
- ・ やむを得ず保護者の方が同伴できない場合には、保護者の方から同意書を頂く事で単独受診での診療を行います。なお、お電話での確認、説明、同意をお願いする事がありますので、連絡が取れる様ご配慮ください。

-----以下同意書-----

地域・総合クリニック十日市場 院長殿

上記、記載内容を理解し、保護者なしで診察を受けさせることに同意致します。また、診察に同席出来ない場合は、患者が医師と話し合い承諾した医療を受ける事に同意し、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いたします。

年 月 日

保護者署名： _____

続柄： _____

15歳以上の未成年者氏名： _____

ご住所： _____

電話番号： _____

※この同意書の有効期限は記載日より1か月とします