

15 歳以上の未成年者様の親権者・保護者様不在時に診察について

当院では、未成年の方が診察を受けられる際、親権者・保護者様のご同伴をお願いしております。

ですが、15 歳以上の未成年者様につきまして、やむを得ず親権者・保護者様のご同伴なく診察を受けられる際は本同意書にて親権者・保護者様のご同意を表明いただき、受診の際に本同意書のご持参をお願いいたします。

ご持参がない場合、処方・処置、検査などの治療につき対応しかねることがありますのでご了承ください。

また、診察内容にご不明な点がある場合には、お電話口では対応しかねますので、ご来院のご一報を下さいますとともに、患者様と保護者様と一緒に、診察時間内の外来受診をお願いいたします。その際は受診扱いとなることもございますのでご了承くださいませ。

※中学生以下の方は必ず親権者・保護者様のご同伴が必要です。

未成年者の診察及び治療に関する同意書

おかざき内科 御中

私 _____（親権者・保護者） は

_____（受診者） が

私は、上記の「15 歳以上の未成年者様の親権者・保護者様不在時に診察について」の内容を十分に理解し、おかざき内科で診察を受けることに同意いたします。

また、この診察において受診者が医師の診察説明にて納得した場合には、その意志を尊重し、侵襲を伴う内容の治療や処方を受けることについて同意いたします。

そしてこの度の診察等に関して、緊急又は医学的に必要な処置、検査が生じた場合は医師の指示に従います。

尚、おかざき内科で受ける診察、治療等において異議申し立ては致しません。

年 月 日

受診者 氏名 _____

住所 _____

保護者 氏名 _____ 続柄 _____ 印

住所 _____

緊急連絡先 _____

既往歴・アレルギーなど _____
