

未成年者（18歳未満）の単独受診についての同意書

当院では原則として、未成年者（18歳未満）の方が受診される際には、患者様に大きな影響を及ぼす可能性のある判断（服薬・注射・処置・検査などの同意）を求めることがあるため、保護者（代理人）の同伴をお願いしております。

初診の場合は必ず同伴をお願いしております。同伴が無い場合は診療することが出来ませんのでご理解頂きますようお願い致します。

再診時に高校生以上で定期通院しており、継続処方や継続処置を希望される方でやむを得ず単独受診される場合は趣旨にご理解頂き保護者（代理人）が直接署名の上ご持参ください。また、診療の内容や検査・処置の同意、診察の結果など、必要に応じて保護者（代理人）に電話連絡させて頂く場合や来院をお願いする場合があります。ご連絡取れるようご協力お願い致します。必要な連絡が取れない場合は医師の判断で後日改めて保護者（代理人）と同伴で受診をお願いする場合があります。新たに発症した症状につきましては初診の場合と同様の扱いになります。

なお、症状によっては、保護者（代理人）の同意がなくとも医師の判断で処置や検査、治療を開始することがあります。安心・安全な医療の提供の為、ご理解とご協力をお願い致します。

診察結果や治療内容は、ご本人から保護者（代理人）に報告をして頂きます。個人情報保護の観点により、お電話での問い合わせはお答えできかねますのでご了承ください。

医療法人敬正会 理事長殿

上記の内容を理解し、保護者（代理人）同伴なしで診察を受けさせることに同意します。患者本人が医師と話し合い承諾した医療行為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いたしません。診療内容について不明な点がある場合は、患者とともに診療時間内に受診をします。

年 月 日（受診予定日1週間以内で記載ください）

患者氏名

保護者（代理人）署名

続柄

住所

保護者（代理人）電話番号

※受診中連絡が可能な電話番号を記載ください

初診時に記載頂いた問診票の内容で変更、追加がありましたら下記記載お願い致します。

- ・罹ったことのある病気：
- ・現在飲まれている薬：
- ・薬のアレルギー：
- ・食物アレルギー：
- ・（女性の方）妊娠：あり ・ なし
- ・（女性の方）授乳：あり ・ なし
- ・その他（何かありましたら、下記へご記入ください。）