

未成年者の受診に関する同意書

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、保護者の同伴を必須としております。

未成年者は民法上単独での医療契約が完全に認められていないこと、医療の性質上、健康や命に大きく影響する可能性がある医療行為（検査・処置・注射・服薬）があり、十分に安全性や副作用、事故について配慮していても危険性をなくすことができないため、未成年者の代諾者として診察に同席いただくことをお願いしております。

やむを得ず未成年者単独で受診する場合には、趣旨をご理解いただき、保護者から同意書をいただくことで単独受診での診察を行っております。

以下の内容に関してご理解いただける場合はご署名をお願いいたします。

※未成年者とは高校生相当年齢の15歳から18歳未満の方となります。中学生以下の方は必ず保護者の同伴が必要です。

医療法人社団杏愛会
方南町耳鼻咽喉科 院長殿

上記の記載内容を理解し、保護者同伴なしで診察を受けさせることに同意します。
治療・投薬・緊急あるいは医学的に必要な処置が生じた場合、貴院の指示に従います。
診察で未成年者である受診者が医師と話し合い、承諾した医療行為および診察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や、当院が診断や治療の選択肢について保護者への直接説明の上での同意が必要と判断した場合は、電話等による問い合わせではなく、後日改めて受診者と同伴で診療時間内に受診します。

記入日 年 月 日

受診者氏名： _____

緊急連絡先： _____（すぐに連絡が取れる電話番号）

保護者自書欄： _____（続柄： _____）