

■ 未成年の方のみで外来受診に関する同意書 ■

* 中学生以上の未成年対象

私、

(保護者) _____ は、

(続柄) _____ である

(外来受診患者) _____ が当院、くぼたクリニック松戸五香の

外来受診を行うにあたり、(別紙) 未成年の方のみでの外来受診についてを既読及び理解し、保護者同伴無しで診察することに同意致します。

また、診察に同席できない為、外来受診患者が、医師の診察説明にて納得をした場合には、その意思を尊重し侵襲を伴う内容の治療を受ける事について同意します。

尚、外来受診についてくぼたクリニック松戸五香で受ける診察内容において、一切の異議申し立ては致しません。

また、診療内容にて不明な点がある場合には、電話での問い合わせではなく、患者と保護者の同伴での外来受診をいたします。

平成 年 月 日

同意者(保護者)署名 _____

続柄 _____ 印

同意者(保護者)住所 _____

外来受診者署名 _____

今回の診療にあたって

症状:

()

既往歴:

()

服用中の薬:

()

アレルギー等:

()

注意が必要な事項:

未成年の方のみでの外来受診について

当院におきまして、地域に密着した医療を実践する診療所の役割を果たすため、安全で質の高い医療を提供できるように診療を行っています。

最近では、**未成年**患者様をご本人のみで、来院されることも少なくありません。しかしながら、現在の医療行為にあたっては、インフォームド・コンセント(説明と同意)が必要となっており、特に検査やそれに準ずる処置を行うにあたり、同意書の提出をお願いしております。

また、同意書の必要がなくても、診断や治療に関して、選択肢がある場合には、十分内容を理解いただいた上で、保護者様に判断していただく事があります。

以上のことから、**未成年**患者様の受診に関しましては、原則保護者同伴でお願いいたします。

既往歴や、アレルギーの有無、現在の服用内容なども重要な情報になりますので、あらかじめ資料をご準備の上、ご受診いただけますようお願いいたします。

やむを得ず、同伴していただけない場合には、事前に診療にあたっての同意書の提出をお願いいたします。*** 中学生以上の未成年対象**

また、診療の内容によりましては、医師の判断により、後日、改めて保護者同伴で来院していただくことがございます。

ただし、保護者同伴でなくても、その場で適切な処置を行わないと重大な後遺症や生命の危機があると判断した緊急の場合については、同意書なしに診断及び、治療を開始いたします。

また、原則保護者同伴での受診をお願いしておりますが、再診で医師が認めた場合は、それ限りではありませんのでご相談ください。

ご不便お掛けいたしますが、十分納得していただいた上で、患者様に最善の医療を受けていただく為に必要なこととなりますので、ご理解、ご協力の程お願い申し上げます。

* 大学生・専門学校生等で親元を離れ一人で生活されている方や、既に就職されて保険証(本人)をお持ちの方は自己判断可能として成人と同様、対応させて頂いております。

医療法人社団おもいやり
くぼたクリニック松戸五香
院長 窪田 徹矢