

単独受診 保護者同意書

(高校生で受診時に保護者が同伴できない場合)

【保護者の方へ】

- ・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方の同伴をお願いしておりますが、やむを得ず単独で受診をする場合は、本同意書を保護者が直筆署名の上、診察時にご持参ください。
- ・15歳以上ですでに就労しており保険証（本人）をお持ちの方は十分な理解判断能力があると考え、成人と同様に扱います。
- ・同意書をお持ちでない場合は保護者へご連絡し、同意を得た上で診察をします。また、同意書をお持ちになっている場合においても、診察の内容や検査・処置の同意、診察の結果など、必要に応じて保護者に連絡させていただく場合や来院をお願いする場合があります。必ずご連絡が取れるようご協力をお願いいたします。
- ・診察結果や治療内容、診療費用等は、当日に患者様ご本人へお伝えし、ご本人から保護者に報告をしていただきます。個人情報の観点により、お電話での治療に関するお問い合わせはお答えできかねますのでご了承ください。
- ・必要な連絡が取れない場合や治療に内容により、医師の判断で後日改めて保護者と同伴で受診をお願いする場合があります。
- ・緊急を要する場合は、保護者の同意がなくとも医師の判断で検査や治療を開始することがあります。

同意書

三木内科クリニック 院長 三木 淳史 殿

上記内容を理解し、保護者の同伴なしで診療を受けさせることに同意します。また、診療に同席できない場合は、患者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。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

お子様の氏名	
お子様の生年月日	西暦 年 月 日 (才)
保護者氏名(自署)	(続柄:)
住所	〒
緊急連絡先 (診察中に連絡が取れる番号)	