

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、保護者の方の同伴をお願いしております。

これは、未成年者が民法上、単独で医療契約を締結することが認められていないこと、また医療行為（検査・処置・注射・服薬など）は健康や生命に影響を及ぼす可能性があるためです。

安全性に十分配慮して診療を行っておりますが、万一の副作用や合併症に備え、保護者の同席のもとで医療を行うことを基本方針としております。

やむを得ず未成年者が単独で受診される場合には、以下の内容をご理解のうえ、保護者の方にご署名をお願いしております。

（※中学生以下の方は、必ず保護者の同伴が必要です）

【同意内容】

医療法人社団勝榮会 方南町呼吸器内科
せきとぜんそくのクリニック 院長殿

私は、上記の趣旨を理解し、下記の未成年者が保護者の同伴なしで受診することに同意します。

診察・検査・治療・投薬・緊急時の処置など、医学的に必要と判断された医療行為については、医師の指示に従うことを承諾します。

また、受診内容や医療行為について、本人と医師が話し合い了承した内容について異議を申し立てません。

診療内容に不明な点がある場合や、当院が保護者への直接説明を必要と判断した場合には、後日あらためて保護者同伴で受診いたします。

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番号）：

保護者氏名（自署）：

続柄：