

未成年者のみでの診察および治療費に関する同意書

本来 医療行為を行うにあたってはインフォームド・コンセント（説明と同意）が必要であり、その内容を十分に理解したうえで、治療を受けて頂かなければいけません。未成年者に診察を行う場合は、保護者の同意を得てから治療を行わなければならないため、当院では原則として未成年者のみでの診察はお断りしております。ただし、保護者の方のやむを得ない事情がある場合に限り、下記内容についてご理解と同意を得た上で、本同意書を提出して頂ければ、未成年者のみでの診察を行うことに致します。

- ・本同意書における未成年者とは18歳未満を指します。
- ・中学生以下の場合はいかなる事情であったとしても、未成年者のみの診察はお断りさせていただきます。
- ・未成年者のみの診察で行う治療行為は保険診療のみとさせていただきます。
- ・当院ではwebで診察前問診をお願いしております。症状や既往歴やアレルギー歴に関しては必ず保護者の方の責任のもとでweb問診にご記入ください。
- ・診察後に電話での診察内容の問い合わせには対応できません。ご了承ください。
- ・保護者の方が直接来院されての病状問い合わせに対しては再診の扱いとし、診療受付順にて医師より診療室でお話いたします。
- ・保護者の方の直筆署名が難しい場合は、保護者の方がお認めになった代理人の方の直筆署名でも可とします。

私、_____（保護者名）は、_____（続柄）である_____（未成年の患者氏名）が日吉本町えがわ耳鼻咽喉科で診療行為を受けるにあたり、同伴出来ないやむを得ない事情があるため、未成年者のみで診療を受けることを希望致します。また、当院で行う診療内容や治療費においては一切の異議申し立ては行いません。

（西暦） 年 月 日

保護者もしくは代理人署名（続柄）： _____（ ）

保護者もしくは代理人連絡先（携帯番号）： _____

外来受診者署名： _____

日吉本町えがわ耳鼻咽喉科 院長 江川峻哉