

未成年者の受診についてお願い

当院では原則として、未成年者（18歳未満、18歳の高校生）の方が受診される際には、医療の性質上、人体に大きな影響を及ぼす可能性がある判断（服薬・注射・処置・検査等）を求めることがあるため、保護者、法律上の代理人及び同行者として当院が認められた方などの同伴をお願いしています。やむを得ず単独で受診をする場合は、趣旨にご理解いただき、保護者(代理人)が直筆署名の上、ご持参ください。

(注意事項)

- ・18歳の方でも就労者以外（在学中の方）は上記同意書が必要になります。
- ・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（代理人）に電話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します。

・診察結果や治療内容、診療費等は、当日に患者様ご本人へお伝えし、ご本人から保護者（代理人）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に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の内容により、医師の判断で後日改めて保護者（代理人）と同伴で受診をお願いする場合があります。

安心・安全な医療のご提供のため、ご理解とご協力をお願いします。

同意書

千里丘ヒルズやまだ皮膚科クリニック
院長殿

上記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。また、診察に同席出来ない場合は、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

年 月 日

患者氏名 _____

保護者氏名（自署） _____

_____（続柄）