

【未成年者単独での診察に関する同意書】

当院では原則、未成年者の受診に際して保護者の同伴を必須としております。

未成年者は民法上、医療契約が完全には認められていません。医療の性質上、健康や命に大きく影響する可能性がある検査や投薬、副作用等があり、十分に安全性や副作用、事故について配慮していても危険性をなくす事ができません。そのため、保護者の方の同席をお願いしております。

やむを得ず未成年者単独で受診する場合には、下記内容をご確認・ご理解いただける場合にはご署名をお願いいたします。

医師が保護者への連絡が必要と判断した場合は、電話で確認・説明・同意をお願いすることがあります。受診時には必ず連絡が取れるようにご配慮ください。必要な連絡が取れない場合には、後日改めて同伴でご来院いただく場合がございます。症状に関するお電話での問い合わせは承っておりません。

※1 8歳以上でも高校生は未成年とみなします。

※1 6歳未満の方は必ず保護者の同伴をお願いいたします。

つつじヶ丘泌尿器科クリニック 院長 守田晃二郎殿

上記の記載内容を理解し、受診者が保護者同伴なしで診察を受けることに同意します。

また、保護者が診察に同席できない場合は、患者本人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します。

令和 年 月 日

受診者 氏名 _____

保護者 氏名 _____ (続柄) _____

住所 _____

TEL _____