

未成年の受診に関する同意書

医療行為においては説明と同意が必要となり、内容を十分理解したうえで、ご本人および保護者にその行為を受けるかどうか判断していただく必要があります。

未成年の診療にあたっては、原則として保護者の同伴が必要となります。しかし、保護者がなんらかの理由にて同伴できないことがあるかと思われます。

診察・採血などの検査・投薬・処置にて、合併症や副作用、予期せぬ有害事象が起こりえます。また、未成年単独の受診においては、ご本人が自分の病気やアレルギーなどを正しく把握していなかったり、正確な症状や病歴を伝えられなかったり、説明内容や指示を理解できなかったりする場合があります。

当院の診療方針に納得し、上記の不利益がおこりうることに納得されたうえでの受診をお願いします。また、重大な後遺症や生命の危機があると判断され、緊急的に医学的に必要な治療や処置が生じた場合については、同意なしに行わせていただくことがあります。

当院、つるまき八木クリニックの外来受診を行うにあたり、上記を理解し、保護者の同伴なしで診察することに同意致します。ご本人が医師の診察説明にて納得した場合には、その意思を尊重し医療行為を受けることに同意します。

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電話番号)

保護者自書欄： _____ (続柄： _____)

〒206-0034 東京都多摩市鶴牧 5-4-1

TEL 042-319-3449

つるまき八木クリニック