

未成年者(中学卒業後15歳以上18歳未満)の受診についての同意書

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、医療の性質上、健康や生命に大きな影響を及ぼす可能性がある医療行為(服薬・注射・処置・検査等)があり、十分に安全性や事故について配慮していても危険性をなくすことはできません。そのため、保護者の同伴をお願いしています。

中学卒業後15歳以上18歳未満の方で、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、保護者が直筆署名の上ご持参ください。

八千代新井眼科 院長殿

上記の記載内容を理解し、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、診察に同席できない場合は、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 _____ 生年月日 _____ 年齢 ____ 歳

保護者 署名 _____ 続柄 _____

住所 _____

保護者 電話番号 _____

(*受診中 連絡が可能な電話番号をご記入ください)