未成年の診療及び治療について

安心・安全な医療提供の為、未成年の方が診察を受けられる際は、原則 親権者・保護者の付き添いをお願いします。医療行為にあたっては、インフォームド・コンセント（説明と同意）並びに下記 正確な情報や判断が必要となります。

・診療方針を決定する際、保護者の判断や同意の必要性

・病気の状態や病歴、治療中の病気や服用している薬の確認

・各種アレルギー等　必要な医療情報を的確に確認する必要性

・避けられないリスクが伴う処置や処方、副作用等への理解と判断

◎ 未成年の外来診療にあたり

1. 中学生以下のお子さんは必ず親権者・保護者の付き添いをお願いします。
2. １５歳以上の未成年の場合も、初診時は必ず親権者・保護者の付き添いをお願いします。再診時も原則付き添いをお願いしておりますが、やむを得ず診療当日に付き添えない場合は、同意書の提出をお願いします。診療内容によっては、改めて保護者同伴で来院いただく場合や担当医師や職員より保護者の方へ連絡させて頂くことがあります。必ず連絡が取れるようお願いします。尚、未成年の診療及び治療に関する同意書は当院ホームページからも印刷いただけます。

ご理解ご協力の程よろしくお願いいたします。

社会福祉法人親善福祉協会　しんぜんクリニック

未成年(18 歳未満)の診療及び治療に関する同意書

当院では、未成年の方が診察を受けられる際、親権者・保護者のご同伴をお願いしております。やむを得ず親権者・保護者のご同伴無く診察を受けられる際は、本同意書にて親権者・保護者の同意をいただき、受診の際にご持参願います。
同意がない場合には、診察、処方や処置などの治療は行えませんのでご了承ください。なお、同意書に記載をいただいた場合でも、症状や医師の所見によって、同伴が必要と判断した場合は、診察をお断りすることがあります。

※15 歳以上の未成年で、診療当日に保護者が同伴しない場合に提出願います。

※中学生以下の方は必ず同伴をお願いします。

社会福祉法人親善福祉協会
しんぜんクリニック院長殿

しんぜんクリニックでの診察・治療を受けることに同意いたします。診察などに関して、緊急または医学的に必要な処置が生じた場合は医師の指示に従います。また、しんぜんクリニックで受ける診察・治療において異議申し立てはいたしません。

（当日持参いただくもの）
① 未成年の診察及び治療に関する同意書（本書面）
② 健康保険証

受診者の氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受診者の生年月日＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名（※必ず自署で）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

緊急連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（受診者との関係：　　）
（当日保護者と緊急の連絡が取れる電話番号）

記入日　　年　　月　　日

社会福祉法人親善福祉協会　しんぜんクリニック