

未成年者の受診についてのごお願い

医療の性質上、健康や生命に重大な影響を及ぼす可能性がある医療行為（服薬・処置・検査等）が行われる場合があります。十分に安全性に配慮しておりますが、すべてのリスクを完全に排除することはできません。そのため当院では、未成年者（18歳未満）の方が受診される際、保護者や法律上の代理人、もしくは当院が認めた同行者（以下「保護者」といいます）の同伴をお願いしております。

保護者の方も検査や診察時には必ずご同席ください。

【理由】

- ・症状、既往歴、治療中の病気やケガ、服用している薬、各種アレルギーなど、診察に必要な医療情報を正確に確認するため。
- ・検査や処置のリスク、処方する医薬品の副作用などについて、適切に理解し判断していただくため。
- ・診察結果を正確にお伝えするため。

【診療時のルール】

- ・中学生までの方

保護者の同伴をお願いいたします。

- ・中学卒業後18歳未満の方

原則として保護者の同伴をお願いしておりますが、やむを得ず単独で受診される場合は、【未成年者（中学卒業後18歳未満）の受診についての同意書】を印刷し、保護者が直筆署名の上でご持参ください。

- ・就労しており本人名義の保険証をお持ちの方

十分な理解・判断能力があるとみなし、成人と同様に扱います。

【注意】

・同意書をお持ちの場合でも、診療内容や検査・処置の同意、診察結果について、保護者に電話連絡や受付時間内の来院をお願いする場合がありますので、必ず連絡が取れるようお願いいたします。受付時間内に必要な連絡が取れない場合や診療内容により、医師の判断で後日改めて保護者の同伴で受診をお願いする場合があります。

・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、お支払いのうえ、ご本人から保護者に報告していただきます。個人情報保護の観点から、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。

・緊急を要する場合は、保護者の同意がなくとも、医師の判断で検査や治療を開始することがあります。

安心・安全な医療を提供するため、ご理解とご協力をお願いいたします。

未成年者（中学卒業後 18 歳未満）の受診についての同意書

医療の性質上、健康や生命に重大な影響を及ぼす可能性がある医療行為（服薬・処置・検査等）が行われる場合があります。十分に安全性に配慮しておりますが、すべてのリスクを完全に排除することはできません。そのため当院では、未成年者（18 歳未満）の方が受診される際、保護者や法律上の代理人、もしくは当院が認めた同行者（以下「保護者」といいます）の同伴をお願いしております。

しかし、中学卒業後 18 歳未満の方で、やむを得ず単独で受診する場合には、以下の内容にご理解いただいた上で、保護者が直筆署名の上で本同意書をご持参ください。

アイクリニック南町田 院長殿

私は、上記の内容を理解し、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、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、診療内容について異議を申し立てません。診療内容に不明な点がある場合は、患者とともに受付時間内に受診することを承知しております。

____年 ____月 ____日

患者氏名 _____

保護者（代理人）署名 _____

続柄 _____

住所 _____

保護者（代理人）電話番号 _____

（* 受診中に連絡が可能な電話番号をご記入ください）