

未成年者(18歳未満)単独受診に関する説明および保護者同意書

本書は、未成年者(高校生)が保護者の同伴なく受診する場合に、診療内容等について説明を行い、保護者の同意を確認するための書面です。

I. 診療に関する説明

医師の医学的判断に基づき、以下の一般的な医療行為を行うことがあります。

・診察 ・検査 ・処置 ・投薬

※症状等により、内容が変更・追加される場合があります。

II. 緊急時の対応

医師が緊急性が高いと判断した場合、事前に保護者の同意が得られない状況であっても、生命や健康を守るために必要な医療行為を行うことがあります。その際は、可能な限り速やかに保護者へ連絡します。

III. 個人情報の取り扱い

本書の個人情報は、診療および医療機関の運営に必要な範囲内で使用し、法令に基づき適切に管理します。

【未成年者情報】

氏名： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

学校名・学年(任意)： _____

【保護者情報】

氏名： _____ 続柄： _____

住所： _____

電話番号： _____

【署名欄】

せきもとクリニック 院長 殿

私 _____ (保護者)は、上記 I ～ III の説明内容を理解したうえで、

_____ (患者様ご本人)が「せきもとクリニック」を受診し、医師の判断に基づいて行われる一般的な医療行為を受けることに同意し、一切の異議申し立ては致しません。

日付： _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者署名(自筆)： _____

【備考欄(医療機関記入欄)】

--