

未成年者のみの受診についての同意書

民法上、未成年者単独の医療行為の契約は完全には認められておりません。

そのため当院では、原則として未成年者に医療行為を行う場合は保護者同伴をお願いしております。ただし、保護者の方のやむを得ない事情がある場合に限り下記内容についてご理解と同意をいただき、本同意書をご持参した方については未成年者のみでの診療を行うことと致します。

☐ 本同意書における未成年者とは高校生以上から20歳未満の方を指します。

中学生以下はいかなる事情があったとしても、未成年者のみの診療はお断りさせていただきます。

☐ 未成年者のみで行う医療行為は保険診療のみといたします。

☐ 診療内容によっては、こちらから電話連絡させていただく場合や来院をお願いすることがあります。ご連絡がとれるようご協力をお願いいたします。

☐ 緊急を要する場合は保護者の同意がなくても医師の判断で検査や治療を開始します。

☐ 診療前後に電話での問い合わせは承りませんので、ご不明な点がございましたら診察予約をしていただきご本人と一緒にご来院をお願いいたします。

上記内容を理解し、足利整形外科はしもとクリニックで保護者同伴無しで診療を受けさせることに同意します。また、当院で行う診療内容や治療費については一切の異議申し立ては行いません。

年 月 日

保護者署名： _____ 続柄 _____

外来受診者署名： _____

保護者住所： _____

保護者電話（連絡可能な電話番号）： _____