未成年者のみでの診療および治療費に関する同意書

本来 医療行為を行うにあたってはインフォームド・コンセント（説明と同意）が必要であり、その内容を十分に理解したうえで、治療を受けて頂かなければいけません。未成年者に診療を行う場合は、保護者の同意を得てから治療を行わなければならないため、当院では原則として未成年者のみでの診察はお断りしております。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得た上で、本同意書を提出して頂ければ、未成年者のみでの診察を行うことに致します。

・本同意書における未成年者とは高校生以上を指します。中学生以下の場合はいかなる事情であったとしても、未成年書のみの診察はお断りさせて頂きます。

・未成年者のみの診察で行う治療行為は保険診療のみとさせて頂きます。

・当院ではアプリもしくは web で診察前問診をお願いしております。既往歴やアレルギー歴に関しては必ず保護者の方の責任のもとで web 問診にご記入ください。

・診療後に電話での診療内容の問い合わせは行いませんのでご了承ください。お聞きになりたいことがあれば、ご本人と一緒に予約を取って診察を受けるようにして下さい。

・保護者の方の直筆署名が難しい場合は、保護者の方がお認めになった代理人（学校の教諭や寮の責任者など）の方の直筆署名でも可とします。

私、＿＿＿＿＿＿＿＿（保護者名）は、＿＿＿＿（続柄）である＿＿＿＿＿＿＿＿（未成年の患者氏名）が西大宮にっこりファミリークリニックで診療行為を受けるにあたり、同伴出来ないやむを得ない事情があるため、未成年者のみで診療を受けることを希望致します。また、当院で行う診療内容や治療費においては一切の異議申し立ては行いません。

（西暦）　　年　　月　　日

保護者（代理人）署名　（続柄）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

保護者（代理人）連絡先（携帯番号）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

外来受診者署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

西大宮にっこりファミリークリニック

院長　　金田 英秀