

未成年の方のみでの外来受診について

医療行為にはインフォームドコンセントが必要とされます。
未成年者の患者様には、保護者同伴での受診をお願いしています。

やむを得ず、同伴していただけない場合には「未成年の方のみでの外来受診に関する同意書」のご提出をお願いいたします。

既往歴や、アレルギーの有無、現在の服薬状況なども重要な情報になりますのでご受診の際は必ずお知らせください。

診察内容によっては、後日改めて保護者様同伴で来院していただく事がございます。ただし、保護者様同伴でなくても、その場で適切な処置を行わないと重大な後遺症や生命の危機があると判断した緊急の場合については、同意なしに診断及び、治療を開始いたします。

ご不便をおかけいたしますが、患者様に最善の医療を受けていただくために必要なこととなりますので、ご理解ご協力の程お願い申し上げます。

医療法人社団三佑会
渡辺産婦人科小児科
院長 渡辺 宜信

未成年の方のみでの外来受診に関する同意書

渡辺産婦人科小児科

私、_____ (保護者)は、_____ (続柄)である

_____ (外来受診患者)が当院、渡辺産婦人科小児科の
外来受診を行うにあたり(別紙)「未成年の方のみでの外来受診について」を
既読及び理解し、保護者同伴なしで診療行うことに同意致します。

また、診療に同席できないため、外来受診患者が医師の診療説明にて納得
した場合には、その意思を尊重し侵襲を伴う内容の治療を受けることについて
同意します。

尚、外来受診について渡辺産婦人科小児科で受ける診療内において
一切の異議申し立ては致しません。

令和 年 月 日

同意者署名 _____ ⑩

同意者住所 _____

同意者電話番号 _____

外来受診者署名 _____

今回の診療にあたって保護者様から当院へお伝えしておきたいこと

- ① 症状
- ② 既往歴
- ③ 服用中の薬
- ④ アレルギー等 注意が必要な事項
- ⑤ その他