

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(説明と同意)が必要とされています。

未成年者の方については、保護者の方とともにインフォームドコンセントをいただきたく、保護者同伴での受診をお願いします。

保護者の方が同伴されない場合「未成年者の方のみでの外来受診に関する同意書」のご提出をお願いします。既往歴やアレルギーの有無、現在の服用状況なども重要な情報になりますので必ずご記載ください。

ただし、保護者同伴でなくても、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。診療内容によっては、保護者同伴で来院していただくことがございます。

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。

医療法人社団三侑会
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く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容において、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 _____ (印)

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