

未成年者(18歳未満)の単独受診についての同意書

当院では原則として、18歳未満の方が受診される場合は保護者の同伴をお願いしております。しかし、やむを得ず単独で受診する場合は、本同意書にて保護者の同意を得たものとして診察させていただきます。同意書をお持ちになっている場合でも、診察の内容により、必要に応じて保護者に電話連絡させていただく場合や来院をお願いする場合があります。個人情報保護の観点により、お電話での治療に関するお問い合わせにはお答えできかねますのでご了承ください。なお、緊急を要する場合は、保護者の同意がなくとも医師の判断で検査や治療を開始することがあります。安心・安全な医療の提供の為、ご理解とご協力をお願いいたします。

神戸三宮ふくだメンタルクリニック 院長殿

上記の記載内容を理解し、保護者同伴なしで診察を受けさせることに同意します。また、診察に同席できない場合は、患者本人が医師と話し合い承諾した医療行為を受けることに同意し、診療内容についての異議申し立てはいたしません。診療内容について不明な点がある場合は患者とともに診療時間内に受診します。

年 月 日

患者氏名 _____

保護者署名 _____

続柄 _____

住所 _____

保護者電話番号 _____

(※受診中連絡が可能な電話番号をご記入ください)