

# 未成年者の単独受診に関する保護者同意書

医療法人ホッとクリニック とし内科 太子本院 御中

私 \_\_\_\_\_（保護者・代理人）は、受診者 \_\_\_\_\_ が

保護者の同伴なく貴院を受診することについて、以下の内容を確認のうえ同意します。

受診者氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_

保護者（代理人）氏名： \_\_\_\_\_ 患者との続柄： \_\_\_\_\_

保護者（代理人）連絡先： \_\_\_\_\_

（受診中連絡が可能な電話番号をご記入ください）

住 所： \_\_\_\_\_

## 同意事項

- ☐ 1. 本人が理解・判断できる範囲において、診察、診療上必要な説明および通常の診療行為について、本人への説明と意思確認のうえ診療を受けることに同意します。
- ☐ 2. 診療の結果、重要な治療方針の決定、侵襲を伴う検査・処置、鎮静を伴う検査、その他医師が必要と判断した場合には、保護者への説明・連絡または個別同意が必要となることを了承します。
- ☐ 3. 医師が保護者の同伴が必要と判断した場合、当日の検査・処置等を行わず、改めて保護者同伴での受診を求められる場合があることを了承します。
- ☐ 4. 緊急に医療行為を行う必要があり、保護者への連絡・同意を待つことが本人の生命または身体に重大な不利益を及ぼすおそれがある場合には、医学的判断により必要な診療が行われる場合があることを了承します。
- ☐ 5. 本同意は、医療機関の説明義務・安全配慮義務等を免除するものではなく、本人の意思を無条件に優先することを意味するものではないことを理解しています。
- ☐ 6. 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。

記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者（代理人）署名（自署）： \_\_\_\_\_