

未成年者の診療に関する同意書

ちどり内科・呼吸器内科クリニック

保護者の皆様へ(本同意書を印刷して記載の上、受診してください)

当院では、未成年の方がお一人で受診される場合、保護者の方の「診療に関する同意書」のご提出をお願いしております。

これは、お子様が安全かつ適切に医療を受けられるようにするための大切な手続きです。何卒、ご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。主な理由は以下の通りです。

安全で適切な医療を提供するため(インフォームド・コンセントの原則)

医療行為は、患者様に病状や治療内容を十分にご説明し、ご理解・ご納得いただいた上で行う「インフォームド・コンセント(説明と同意)」が基本原則です。未成年者の場合、ご自身の病状や治療のメリット・デメリットを完全に理解し、ご自身で判断することが難しい場合があります。そのため、本来であれば親権者の方に同席いただき、一緒に説明を受け、判断していただくことが最も望ましい形です。事前に同意書をいただくことで、まずは保護者の方に診療行為そのものへの包括的な同意をいただき、お子様が安心して診療を受けられるようにしています。また、緊急時や重要な判断が必要な際に、速やかに保護者の方へ連絡し、ご相談するためにも必要となります。

私は、下記の未成年者が単独で貴院を受診し、診療を受けることに同意いたします。

1. 受診者(未成年者)

- フリガナ:
- 氏名:
- 生年月日: 年 月 日(満 歳)

2. 同意内容

- 問診、診察、および診療上必要と判断された検査、処置、処方などを受けることに同意します。
- 医師からの説明は、本人が理解できる範囲で受け、診療を進めることに同意します。
- 緊急時や、医師が重要と判断した病状説明、治療方針の決定などの際には、下記の保護者連絡先に速やかに連絡を受けることに同意します。

3. 保護者(親権者)

- 同意日: 年 月 日
- フリガナ:
- 保護者氏名:
- 受診者との続柄:
- 住所: 〒
- 電話番号(日中に連絡可能な番号):