

未成年の方へのお願い もりもと内科クリニック

当院では原則として、未成年者（18歳未満）の方が受診される際には、医療の性質上、健康や生命に大きな影響を及ぼす可能性がある判断（服薬・注射・処置・検査等）を求めることがあるため、以下の理由により保護者、法律上の代理人及び同行者として当院が認めた方などの同伴をお願いしています。ホームページにも記載しています。安心・安全な医療のご提供のため、ご理解とご協力をお願いします。

1) 理由

症状、既往歴、治療中の病気やケガ、服用している薬の内容、各種アレルギー等診察に必要な医療情報の確認のため検査や処置のリスク、処方する医薬品・注射の副作用などについて、適切に理解し判断していただくため診察の結果を適正にお伝えするため

2) 診察時のルール

中学生までの方は保護者（代理人）の同伴と診察同席をお願いしています。

中学卒業後の15歳から18歳未満の方は保護者（代理人）の同伴が原則をお願いしておりますが、やむを得ず単独で受診をする場合は、成人と同様に扱います。

3) ご注意

・ 同意書をお持ちでない場合は原則保護者（代理人）へご連絡し、同意を得た上で診察をします。必ずご連絡が取れるようにしてください。また、同意書をお持ちになっている場合においても、診療科・診察内容や検査・処置の同意、診察の結果など、必要に応じて保護者（代理人）に電話連絡させていただく場合や、保護者（代理人）の付添いが必要な場合があります。必ずご連絡が取れるようご協力をお願いします。

※20歳未満の方については、侵襲を伴う検査、処置、治療を受ける場合に保護者（代理人）の同意が必要です。

・ 診察結果や治療内容、診療費等は、当日に患者様ご本人へお伝えし、ご本人から保護者（代理人）に報告をしていただきます。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。

・ 必要な連絡が取れない場合や治療の内容により、医師の判断で後日改めて保護者（代理人）と同伴で診察をお願いする場合があります。

・ 安心・安全な医療のご提供のため、ご理解とご協力をお願いします。

署名欄

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意義申し立てはいたしません。診療内容については不明な点がある場合は患者とともに診療時間内に受診をします。

____年 ____月 ____日

患者氏名 _____

保護者（代理人） 署名 _____

電話番号（受診中連絡することがあります） _____

続柄 _____

住所 _____