

保護者不在時の未成年者の患者さんの診療に関する同意書

当クリニックでの診療にあたり、下記の事項について同意いたします。

下記患者は未成年者ですが、保護者（親権者またはこれに準ずる方）が、やむを得ない事情により診療に同伴できません。

つきましては、緊急を要する場合を含め、患者本人（未成年者）が自らの意思に基づき、医師からの説明を受けた上で、検査、診断、治療に関する方針を決定することに同意いたします。

医師は、未成年者である患者に対し、その年齢および理解度に応じた方法で、十分な説明を行います。

患者本人が決定した治療方針について、後日保護者から異議が申し立てられた場合であっても、当クリニックおよび担当医師は一切の責任を負わないものとします。

お子さんの単独受診後のお問い合わせについてのお願い

お子さんが単独で受診された後の病状に関するお問い合わせ（お電話など）につきましては、個人情報保護の観点から、ご対応いたしかねます。何卒ご理解ください。

もし、お子さんの単独受診後に、保護者の方が直接ご来院の上で病状についてお問い合わせをご希望される場合は、以下の通りご協力をお願いいたします。

同日であっても再診の扱いとなります。事前にお子さんのお名前でご予約をお取りください。

ご来院後、院内での所定のお手続きをお願いいたします。

受付よりご案内いたしますので、待合室にてお待ちください。順番に診察室にて医師よりご説明させていただきます。

恐れ入りますが、診療時間終了後などのご対応はいたしかねますので、必ず診療時間内にご来院いただけますよう、重ねてお願い申し上げます。

皆様のご理解とご協力に心より感謝申し上げます。

患者情報（患者さん本人）

氏名: _____ 印

生年月日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所: 〒 _____

電話番号: _____ - _____

同意事項

保護者の署名

上記の同意事項を確認し、内容を承諾の上、署名いたします。

保護者氏名: _____ 印

患者との関係: _____

住所: 〒 _____

電話番号: _____ - _____ - _____

署名日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

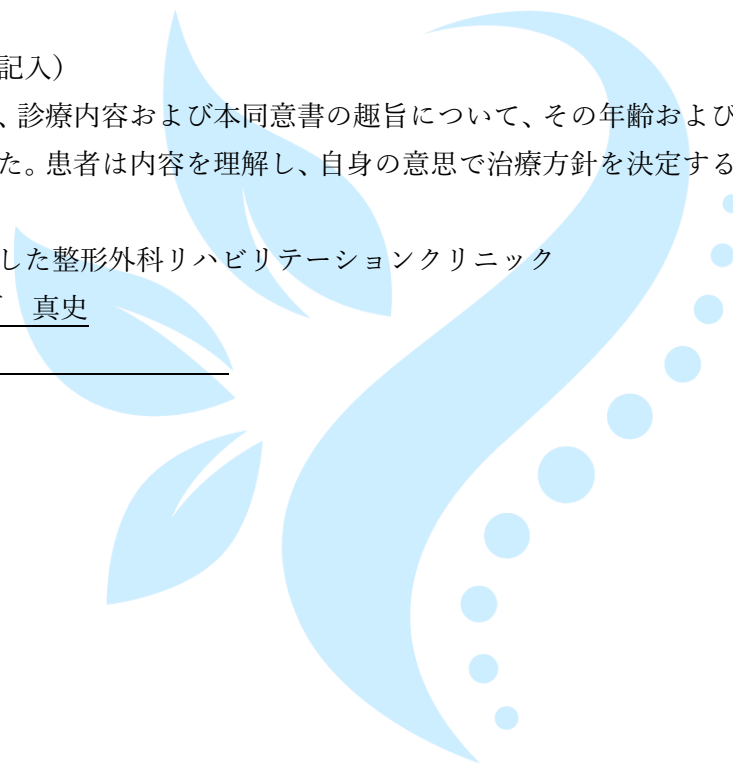
(クリニックが記入)

上記患者に対し、診療内容および本同意書の趣旨について、その年齢および理解度に応じた説明を行いました。患者は内容を理解し、自身の意思で治療方針を決定することに同意しました。

枚方市駅前やました整形外科リハビリテーションクリニック

担当医師名: 山下 真史

署名日: 西暦 _____



枚方市駅前やました整形外科
リハビリテーションクリニック
～せぼねと関節のクリニック～