

未成年者のみでの外来受診に関する同意書

医療行為（注射、採血、検査、投薬）には副作用や合併症等を認めることがあるため、通常は未成年者の受診の際は保護者が同伴し、医師の説明を理解した上で医療行為を受けていただいております。

しかし、都合により保護者が未成年者の診察に同伴できない場合、当院では中学卒業後の15歳以上の未成年者に限り、保護者から同意書を頂くことで単独受診での診察を行っております。以下にご理解いただける場合はご署名をお願いいたします。

藤田クリニック 院長殿

藤田クリニックで診察・処方・処置・検査を受けることに同意します。また、診察に同席できない場合は、患者が医師と話し合い承諾した医療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。

____年 ____月 ____日

保護者署名 _____ (印) 、 続柄 _____

15歳以上の未成年患者氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____

【留意事項】

個人情報保護の観点により、診察後に電話による治療に関するお問い合わせにはお答え出来かねますのでご了承ください。