

未成年者（16,17 歳）の診療等に関する説明・同意書

当院では、未成年者（16,17 歳）の方が受診される場合、診療（検査・投薬・注射・処置など）に関する判断を求める必要があるため、原則として保護者（又は当院が認めた方）の同伴をお願いしています。未成年者の方がやむを得ず一人で受診される場合は、保護者が直筆署名された以下の同意書が必要になります。ただし、未成年者であっても、すでに就業してご自身の健康保険証をお持ちの方はこの限りではありません。

医療法人甲聖会 甲聖会記念病院 院長 様

私は、上記の内容を理解し、未成年者（氏名_____）が保護者同伴なしで診察を受けることに同意します。また、患者本人が医師と話し合い、受けることに同意した診療内容については異議の申し立てはいたしません（なお、患者本人から連絡を受けて診療内容に異議・疑問点が生じた場合は、保護者も診療時間内に病院まで出向くことにします）。

令和 年 月 日

保護者（代理人等）署 名 _____（続柄） _____

住 所 _____

電話番号 _____

（受診中 連絡が可能な電話番号をご記入ください）

※ 個人情報保護の観点により、診察等の後、お電話による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。