

未成年者の方の診療に関する親権者同意書

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、保護者の方の同伴をお願いしております。

【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

【注意】

同意書をお持ちになっている場合においても、診察の内容や検査・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来院をお願いする場合があります。必ずご連絡が取れるようご協力をお願いします。

また、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）と同伴で受診をお願いする場合があります。

緊急を要する場合は、保護者（代理人）の同意がなくとも医師の判断で検査や治療を開始することがあります。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。

やむを得ず単独で受診をする場合は、趣旨にご理解いただき、下記へ保護者が直筆署名の上
ご持参ください。

いわた脳神経外科クリニック 院長 殿

年 月 日

患者氏名 保護者氏名（自著） 続柄

住所：

緊急連絡先電話番号：

（* 受診中 連絡が可能な電話番号をご記入ください）