未成年者のみでの受診に対する診療方針及び同意書

医療行為を行うにあたってはインフォームド・コンセント（説明と同意）が必要であり、患者さんにはその内容を十分に理解した上で診療を受けていただかなければいけません。未成年者（18 歳未満）に診療を行う場合は保護者の同意を得ることが必要であるため、当院では原則として保護者（又は代理人）の同伴をお願いしておりますが、やむを得ない事情がある場合、下記内容についてご理解の上、本同意書を提出することで未成年者のみでも診療を行います。

1、 中学生までの初診の場合、必ず保護者が同伴し診療に同席してください。
（初診とは、前回と異なる症状での受診も含みます。）
再診においても原則として保護者の同伴をお願いしておりますが、同伴できない場合は同意書を提出してください。

2、 中学卒業後から 18 歳未満の場合、原則として保護者の同伴をお願いしておりますが、同伴できない場合は同意書を提出してください。

3、 15 歳以上で就労しており保険資格（本人）をお持ちの方は成人と同様に扱います。（同意書不要）

4、 既往歴やアレルギー歴に関しては保護者の責任のもとで本人（又は代理人）にお伝えいただき、説明できるようにしておいてください。わからない場合は、診療できないことがあります。

5、 緊急時は保護者にお電話いたしますので、診療時は電話に出られる体制でいてください。

6、 診療内容については本人から保護者に報告していただきます。電話での診療内容の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。

7、 同意書を提出されていても必要に応じて来院をお願いする場合があります。

8、 この同意書を印刷し、保護者又は保護者がお認めになった代理人（学校の教諭や寮の責任者など）の直筆署名の上、提出してください。
（同意書は院内にもご用意しています。）

同意書

坂田整形外科クリニック
院長　坂田　勝美　　殿

上記の内容を理解し、保護者同伴なしで診療を受けさせることに同意します。
診療内容や治療費において一切の異議申し立てはいたしません。不明な点がある場合は患者とともに診療時間内に受診します。

　　年　　月　　日

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者（代理人）署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄：　　）

保護者（代理人）連絡先（携帯番号）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（診療中連絡が可能な電話番号をご記入ください。）