

未成年者の診療（受診）に関する説明・同意書

当院では未成年者の受診に際して、以下の医学的理由から保護者または法律上の代理人として認められた方等（以下「保護者」）の付き添いをお願いしております。（未成年者：18歳未満の方）

- ・ 正確な問診を行うため（問題のある身体の状態や発生原因、生活・運動習慣など）
- ・ 医学情報の確認（病歴、治療中の他の病気や服用中の薬、各種アレルギー等）
- ・ 治療に関する説明と同意（避けられないリスクを伴う処置や処方副作用等）
- ・ 治療方針の変更や決定する際の保護者等の判断や同意の必要性

本同意書にご記入いただいても保護者等の付き添いが出来ない場合には、担当医師が直接電話で診療の説明や保護者等の同意が必要になる場合があるため、必ず連絡が取れるようにご配慮ください。なお、連絡がとれない場合でも継続治療中（リハビリテーション等含む）において、治療上の緊急性・必要性があると医師が判断した場合は、診察等実施させていただくことがございますのでご了承ください。本同意書の有効期限は満18歳までとします。途中、内容に不同意される場合には当院までご連絡ください。

《リハビリテーション実施時に保護者等が毎回付き添えない場合》

治療方針について保護者等に説明し同意（署名）をいただいております。その後、治療経過に伴って変更されるリハビリの内容については、毎月発行するリハビリ計画書で治療方針・内容等を必ずご確認ください。お問い合わせがない場合はリハビリ計画書への署名が未成年者本人のみであっても保護者等から同意があったものとさせていただきます。

草加整形外科内科 院長殿

- 診察・治療を受けることに対し、保護者等、受診者ともに貴院の診療方針を十分に理解しており、保護者了承の上で受診します。
- 放射線被ばくを伴うレントゲン検査の実施に同意します。
- 診察・治療・投薬に関連して、治療上の緊急性・必要性がある場合、貴院医師の指示に従います。

令和 年 月 日

本人 氏名 _____ 住所 _____

保護者等 氏名 _____ 続柄 _____

住所 _____

連絡先 _____ 緊急連絡先 _____

受診者のアレルギー情報についてご記入ください。

(_____)

※個人情報保護の観点により、症状に関するお電話でのお問い合わせは承っておりません。