

## 未成年者(18歳未満)の受診についてのお願い

---

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、以下の理由により保護者、法律上の代理人および同行者としてクリニックが認めた方などの同伴をお願いしております。

- ◆ 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
- ◆ 診察の結果を適切にお伝えするため

## やむを得ずご同伴いただけない場合

---

別紙の【未成年者(18歳未満)の診察等同意書】に保護者(代理人)の直接署名の上、ご持参いただきますようお願いいたします。また、以下についても必ずお読みください。

- ・ 同意書をお持ちでない場合は保護者(代理人)へご連絡し、同意を得た上で診察をします。ご連絡が取れない場合は診察ができませんので、必ずご連絡が取れるようにしてください。
- ・ また、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、必要に応じて電話連絡をさせていただく場合がございますので、必ずご連絡が取れるようにご協力をお願いいたします。
- ・ 診察結果や治療内容、診察費等は、当日にご本人にお伝えし、ご本人から保護者に報告していただきます。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。
- ・ 診療においては、治療方針の選択や薬剤の処方など、医学的な判断を要する場合があります。これらの判断を未成年の患者さまご本人のみで行うことが難しいと医師が判断した場合には、たとえ同意書をご持参いただいても、後日保護者(代理人)とご同伴のうえ、再度の受診をお願い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いたします。

## 未成年者（18歳未満）の診察等同意書

医療法人社団仁友会 入間駅前クリニック

院長 殿

私、\_\_\_\_\_（保護者）は  
\_\_\_\_\_（受診者）が

医療法人社団仁友会 入間駅前クリニックで診察、処方、処置、検査  
(採血・レントゲン・心電図等)などの治療を受けることに同意します。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

### 【留意事項】

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。