

# 未成年者の診察等同意書

保護者の方へ 必ずお読みください

当院では原則として未成年者（18歳未満）が受診する際は、以下の理由により保護者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
- ・ 診察の結果を適正にお伝えするため

やむを得ず未成年者ご本人のみで受診する際は保護者が直筆署名をしたものを当日お持ちください。

## 同意書

品川Vタワークリニック 院長 殿

- 1, この度の診察にあたり、保護者及び受診者は貴院の診療方針を十分に理解しており保護者の了承の上で受診します。
- 2, 緊急または医学的に必要な処置が発生した場合は医師の指示に従い異議申し立ては致しません。

記入日 年 月 日

保護者氏名（自署） (続柄)

緊急連絡先

住所

受診者氏名 (生年月日 年 月 日)

アレルギー： / 既往：

今回の症状・主訴

※診療内容にご不明な点がございましたら電話でのお問い合わせではなく患者と保護者同伴のもと診療時間内にご受診ください。