

未成年者(中学卒業後15歳以上 18 歳未満)の受診についてお願い

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、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、以下の理由により保護者、法律上の代理人及び同行者として当院が認めた方などの同伴をお願いしています。

(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

(診察時のルール)

- 中学生までの方は保護者(代理人)の同伴と診察同席をお願いしています。
- 中学卒業後の 15 歳から 18 歳未満の方は保護者(代理人)の同伴が原則をお願いしておりますが、やむを得ず単独で受診をする場合は、【未成年者(中学卒業後15歳以上 18 歳未満)の診察等同意書】に、保護者(代理人)が直筆署名の上ご持参ください。
- 中学卒業後の 15 歳以上で、すでに就労しており保険証(本人)をお持ちの方は十分な理解判断能力があると考え、成人と同様に扱います。

(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。

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。

2024年 10 月
しろくま・メンタルクリニック

未成年者(中学卒業後15歳以上 18 歳未満)の受診についての同意書

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医療行為(服薬・注射・処置・検査等)があり、十分に安全性や事故について配慮していても危険性をなくすことはできません。そのため、保護者、法律上の代理人及び同行者として当院が認めた方などの同伴をお願いしています。

中学卒業後15歳以上18歳未満の方で、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、保護者(代理人)が直筆署名の上ご持参ください。

しろくま・メンタルクリニック
院長 大熊 麻起子 殿

上記の記載内容を理解し、保護者同伴なしで診察を受けさせることに同意します。また、診察に同席できない場合は、患者が医師と話し合い承諾した医療行為を受けることに同意し、診療内容についての異議申し立てはいたしません。診療内容について不明な点がある場合は患者とともに診療時間内に受診をします。

_____年 _____月 _____日

患者氏名 _____

*保護者本人直筆

保護者(代理人)署名 _____ 続柄 _____

住所 _____

保護者(代理人)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)