

未成年の方のみでの外来受診について

当院におきましては、地域に密着した医療を実践する診療所の役割を果たすため、安全で質の高い医療を提供できるように診察を行っています。

最近では、未成年患者様をご本人のみで来院されることも少なくありません。しかしながら、現在の医療行為にあたっては、インフォームド・コンセント(説明と同意)が必要になっており、特に検査やそれに準ずる処置を行うにあたり、同意書の提出をお願いしております。

また、同意書の必要がなくても、診断や治療に関して、選択肢がある場合には十分内容をご理解いただいた上で、保護者様に判断していただく事があります。

症状に変化がない場合でも、診察の内容によっては、新たに検査が必要な場合もございます。以上のことから、未成年患者様の受診に関しましては、原則保護者同伴でお願い致します。既往歴や、アレルギーの有無、現在の服用内容なども重要な情報になりますので、あらかじめ資料をご準備の上、ご受診いただけますようお願い致します。

やむを得ず、同伴していただけない場合には、事前に診察にあたっての同意書の提出をお願い致します。

また、診療の内容によりましては、医師の判断により、後日、改めて保護者同伴で来院していただく場合がございます。

ただし、保護者同伴でなくても、その場で適切な処置を行わないと重大な後遺症や生命の危機があると判断した緊急の場合については、同意書なしに診断および、治療を開始いたします。

原則保護者同伴での受診をお願いしておりますが、再診で医師が認めた場合は、それ限りではありませんのでご相談下さい。

ご不便おかけいたしますが、十分納得していただいた上で、患者様に最善の医療を受けて頂くために必要なこととなりますので、ご理解・ご協力の程お願い申し上げます。

*大学生・専門学生等で親元を離れ1人で生活されている方や、既に就職されて保険証(本人)をお持ちの方は自己判断可能として成人と同様、対応させて頂いております。

医療法人社団山手クリニック リオクリニック
院長 安井謙二

未成年の方のみで外来受診に関する同意書

医療法人社団山手クリニック リオクリニック
私、 _____(保護者)は、 _____(続柄)である

_____ (外来受診患者)が当院、リオクリニックの外来受診を行うにあたり、(別紙)未成年の方のみでの外来受診について既読及び理解し、保護者同伴なしで診察することに同意致します。

また、診察に同席できない為、外来受診患者が、医師の診察説明にて納得した場合には、その意思を尊重し侵襲を伴う内容の治療や処方を受けることについて同意します。

尚、外来受診についてリオクリニックで受ける診療内容において、一切の異議申し立ては致しません。

また、診療内容にて不明な点がある場合には、電話での問い合わせではなく、患者と保護者の同伴のもと、診察時間内で外来受診をお願い致します。

<待ち時間について>

患者様の御病状、院内の混雑具合により診察までお時間がかかる場合もございます。

何卒ご了承の程、宜しくお願い致します。

上記について、理解しましたので同意いたします。

年 月 日

同意者署名 _____ 続柄印 _____ 印

同意者住所

電話番号 _____

緊急連絡先 _____

外来受診者署名 _____

既往歴 _____

アレルギー _____