

未成年者（18歳未満）受診同意書

■未成年者の受診について

当院では未成年者の方が受診される際には、保護者または法定代理人の付き添いをお願いしております。

【必要性についての理由】

- ・症状、既往歴、治療中の疾患、服用中の薬剤、アレルギー歴など、診療に必要な医療情報の確認するため
- ・リスクを伴う処置や検査、薬剤の副作用等について十分な説明を行い、適切な判断をいただくため
- ・治療方針を決定する際に、保護者の理解と同意を得るため

【付き添いができない場合について】

やむを得ず保護者の付き添いができない場合は、電話による診察内容の確認や治療に関する説明・同意確認を行う場合がございますので、必ず連絡が取れるようお願いいたします。

※緊急時の対応

担当医が判断する緊急時には、保護者の承諾を得る前に必要な診断・治療を行う場合があります。

■治療の同意について

医療法人社団輝幸会 足のクリニック表参道 院長殿

私、_____（保護者氏名）は、_____（患者氏名）が
足のクリニック表参道にて診察・治療(処置・リハビリ等)を受けることに同意いたします。
また、治療上必要な医学的処置が生じた場合は、医師の指示に従います。

令和 年 月 日

保護者署名：_____

続柄：_____

保護者住所：_____

保護者連絡先：_____

患者署名：_____

■個人情報の取り扱いについて

個人情報保護の観点から、診察後の症状に関するお電話でのお問い合わせには原則お答えできません。予めご了承ください。

