

## 未成年者（18歳未満）の単独受診についての同意書

当院では診療にあたって、患者様に大きな影響を及ぼす可能性のある判断（服薬・注射・処置・検査などの同意）を求めることがあるため、未成年者（18歳未満）の方が診察される際には、保護者、法律上の代理人及び同行者として当院が決めた方などの同伴をお願いしています。

初診の18歳未満の方で、やむを得ず単独で受診する場合は、趣旨にご理解いただき保護者（代理人）が直接署名の上ご持参ください。

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、診察をすることになります。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でも、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。可能な限りご連絡が取れるようにご協力をお願いします。また、必要な連絡が取れない場合や治療の内容によっては、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。

診察結果や治療内容、診療費等は、ご本人から保護者（代理人）に報告をして頂きます。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は答えできかねますのでご了承ください。

なお、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・安全な医療の提供の為、ご理解とご協力をお願いします。

---

神戸百年記念病院 院長様

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、患者本人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意義申し立てはいたしません。診療内容については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（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)