

未成年者の方の診療に関する保護者承諾書

当院では、未成年（18歳未満）の方が受診される場合、原則として保護者の方の同伴をお願いしております。安全に診療を行うためには、これまでの病歴や治療歴、服用中のお薬、アレルギーの有無など、正確な情報が必要です。検査や治療の目的やリスクについて保護者の方にご理解いただき、治療方針を一緒にご判断いただくことが大切だと考えております。

ただし、やむを得ず保護者の方の同伴が難しい場合は、あらかじめ同意書をダウンロードのうえ、保護者の方が直筆でご記入・ご署名・ご捺印いただき、患者さまにお持ちいただくことで受診が可能となります。

また、治療の過程で必要と判断した際には、当院から保護者さまへ直接ご連絡を差し上げる場合がありますので、あらかじめご了承ください。

※この同意書は、未成年の患者さまがお一人で受診される際に必要です。

※中絶手術・婦人科形成術・ミレーナの挿入・予防接種など、一部の診察内容では保護者の方の同伴が必須となります。

ご理解・ご協力のほど、何卒宜しくお願いいたします。

ひよりレディースクリニック福岡博多 院長 橋田 修

私は、ひよりレディースクリニック福岡博多において、受診者本人が自費診療および保険診療を受けることに同意します。診療内容の選択については、医師と受診者本人との話し合いに基づき決定されることを理解し、その結果を尊重し、異議を申し立てません。

記入年月日：令和 年 月 日（ ）

受診者氏名：

保護者氏名（自筆）：

印

受診者との続柄：

保護者電話番号：