

【未成年者（18 歳未満）の診察等同意書】

当院では原則、未成年者(18 歳未満)の方が受診される際は保護者の同伴を必須としております。
未成年者は民法上単独での医療契約が完全に認められていないこと、医療の性質上、健康や
命に大きく影響する可能性がある医療行為(検査・処置・注射・服薬)があり、十分に安全性や副作用、事故
について配慮していても危険性をなくすることができないため、未成年者の代諾者として診察に同席頂く
ことをお願いしております。

やむを得ず未成年者単独で受診する場合には、趣旨をご理解頂き、保護者から初回に同意書
を頂くことを条件に単独受診での診察を行っています。
以下の内容に関してご理解いただける場合はご署名をお願い致します。

幕張ももの木クリニック 院長 武藤護彦 、婦人科院長 武藤聡子 、副院長 武藤頼彦

上記の記載内容を理解し、受診者が保護者同伴なしで診察を受けることを同意します。
また、診察で未成年者である受診者が医師と話し合い、承諾した医療行為および診察内容についての異
議申し立ては致しません。治療・投薬・緊急あるいは医学的に必要な処置が生じた場合、貴院の指示に従
います。

診療内容について不明な点がある場合や、当院が診断や治療の選択肢について保護者への直接説明の上
での同意が必要と判断した場合は、電話等による問い合わせではなく、後日改めて受診者と同伴で診療
時間内に受診します。

受診者及び保護者が貴院に対して、上記の次第で診察を依頼したことに対して、治療費の支払いを拒否
するようなことは致しません。

令和 年 月 日

受診者: 氏名 生年月日

保護者: 氏名 受診者との関係

緊急連絡先:

受診者の診察にあたり、症状や既往歴、服薬中の薬、アレルギー等、注意が必要な事項
を記入してください。

--