

未成年者のみでの外来受診に関する同意書

私、_____（保護者）は、_____（続柄）である_____（外来受診患者）が当院、ペアライフクリニックの外来受診を行うにあたり、未成年の方のみで、保護者同伴無しで診察することに同意致します。

未成年者は民法上単独での医療契約が完全には認められていません。医療はその性質上、健康や命に大きく影響する可能性がある検査や投薬、副作用等があり、十分に安全性や事故について配慮していても危険性をなくすことが出来ません。そのため、通常は未成年者の受診には保護者が同伴し、医師の説明等を理解した上で代諾者になって頂きます。しかし、現実には必ずしも保護者が未成年者の診察に同伴出来ない場合もあるため、当院では18歳未満の方は、保護者から初回に同意書を頂くことで単独受診での診察を行っています。以下の行為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。

記

1. 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
2. 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には、後日改めて同伴で診察を受けます。
3. 本日、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事に対して、治療費の支払いを拒否するようなことは致しません。
4. 当院は自由診療のみとなるため検査費、治療費は全額自己負担となります。

以上

年 月 日

住所：

氏名：

Ⓜ