

自費診療に関する説明と同意事項

当院では 18 歳未満の方は、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。

- 1.当院で行う診療・検査・処方保険適用外(自費診療)であり、検査・薬の処方に
関わる費用は全額自己負担となることを理解しました。
- 2.治療・投薬・緊急など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。
- 3.緊急避妊薬や性感染症予防薬、その他緊急性の高い薬剤の処方については、本人が
注意事項・副作用等の説明を受け、内容に同意した場合に限り、本人の同意のみで
処方を受けられることを理解しました。
- 4.一度実施した検査・薬の処方については、検査終了後または薬の服用後に返金は
できないことを理解しました。
- 5.検査結果は本人の同意がない限り、保護者を含む第三者に開示されないことを理解
しました。本人が同意したときに限り開示するものとします。
- 6.治療を開始する際には、本書に保護者の同意が必要となります。

☐上記の内容について十分に説明を受け、理解・納得した上で、当院での医療行為および
薬剤の処方を希望します。

【本人署名欄】

本人氏名(署名)_____

日付_____年____月____日

【保護者確認欄】(※治療開始時に提出が必要)

保護者氏名(署名)_____

本人との関係_____

日付_____年____月____日