

未成年者（中学卒業後 15 歳以上 18 歳未満）の受診についての同意書

当院では、原則として未成年者（18 歳未満）の患者様が受診される際には、医療の性質上健康や生命に多大な影響を及ぼす可能性がある判断（服薬、注射、処置、検査等）を求められる場合があるため、以下のルールに則り、保護者、法律上の代理人及び同行者として当院が認めた方などの同伴をお願いいたします。

中学卒業後 15 歳以上 18 歳未満の方で、やむを得ず単独で受診をする場合は、趣旨にご理解いただき、保護者（代理人）が直筆署名の上ご持参ください。

きたむら皮膚科クリニック 院長殿

上記内容を理解し、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には、患者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異議申し立ては致しません。診療内容について不明な点がある場合は患者と共に診療時間内に受診をします。

年 月 日

患者氏名

*保護者本人直筆

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)