未成年者の受診に関する同意書

（保護者不在時の診察・検査・処置に係る同意）

川崎駅東口内科クリニック・アレルギー科・小児科　院長 殿

私は、下記受診者の保護者として、受診時に保護者が同伴できないため、受診者本人のみ、または保護者以外の成人の付き添い者とともに貴院を受診することに同意いたします。

1. 診察・検査・処方および医学的に必要な処置が生じた場合、医師の専門的判断に基づき実施されることを承諾いたします。

2. 緊急性があり速やかな対応が必要と医師が判断した場合には、受診者の健康と安全を最優先とし、必要な医療行為が行われることに同意いたします。

3. 本同意は、本同意書の記載内容を十分理解した上で、保護者の意思に基づき行うものです。

■ 記入欄（保護者の方がご記入ください）

記載日	年　　月　　日　（※当日のみ有効）
受診者氏名	
生年月日	年　　月　　日生（　　歳）
住所	〒　　－
当日連絡のつく携帯番号	
付き添いを依頼する方の氏名	続柄：
保護者署名	続柄：

※ 保護者の同意が必要と判断した場合、保護者様へご連絡する場合があります。連絡が取れない場合は診察・処置が行えないことがございますので、必ず連絡の取れる電話番号をご記入ください。

■ 受診にあたってのお願い

- 当院に受診歴がない方は、保護者の方と一緒にご受診ください。
- 診察券・保険証（または資格確認書）・お薬手帳、その他必要な書類をご持参ください。
- 同意書をご提出いただいた場合でも、症状により保護者の同伴をお願いする場合があります。
- 16 歳・17 歳の方は、本同意書により単独または付き添い者との受診が可能です。15 歳以下の方は、本同意書があっても付き添い者（18 歳以上）の同伴が必要です。

■ スタッフ確認欄（※スタッフが確認のうえ、該当項目へのチェックおよび必要事項を記入ください）

☐　付き添い者あり 付き添い者氏名：　　／　受診者との関係：　　☐付き添い者が 18 歳以上であることを確認
☐　付き添い者なし　（※本人確認書類で、受診者が 16 歳以上であることを確認） 生年月日：　　年　　月　　日（　　歳）　確認した本人確認書類：
確認者：　　確認日時：　　年　　月　　日　　時　　分

川崎駅東口内科クリニック・アレルギー科・小児科