

未成年者の診察等同意書（高校生の方は18歳も含む）

当院では、医療の性質上、診療中に患者様の健康や生命に関わる重要な判断が求められる場合がございます。そのため、**原則として保護者の方のご同伴をお願いしております。**やむを得ず、お子様お一人で受診される場合には、下記の規則に基づき対応させていただきますので、あらかじめご了承くださいますようお願い申し上げます。

- **中学生の方**：症状が安定している場合の再診および処置に限り、受診をお受けいたします。
- **高校生の方**：麻酔やステロイド注射など、注射薬を使用する処置はいたしかねます。

また、以下の点につきましてもご留意ください。

- 診療内容については、**患者様ご本人より保護者様へご報告いただくようお願いいたします。**
- 個人情報保護の観点から、**お電話等での治療内容に関するお問い合わせはお受けしておりません。**
- すべての処方および医療処置においては、**副作用や合併症のリスクがゼロではないため、その際には追加の治療や費用が発生する場合があります。**
- 万が一、緊急を要する状況（その場で適切な処置を行わないと重大な後遺症や生命の危険があると医師が判断する場合）においては、**保護者の同意を得ることなく、医師の判断で治療を開始する場合がございます。**

上記内容を理解したうえで、申込者本人が単独で受診することに同意いたします。

年 月 日

申込者氏名：

保護者氏名：

（続柄 ）