

未成年(18 歳未満)の診療及び治療に関する同意書

当院では、未成年の方が診察を受けられる際、親権者・保護者のご同伴をお願いしております。やむを得ず親権者・保護者のご同伴無く診察を受けられる際は、本同意書にて親権者・保護者の同意をいただき、受診の際にご持参願います。同意がない場合には、診察、処方や処置などの治療は行えませんのでご了承ください。なお、同意書に記載をいただいた場合でも、症状や医師の所見によって、同伴が必要と判断した場合は、診察をお断りすることがあります。

※15 歳以上の未成年で、診療当日に保護者が同伴しない場合に提出願います。

※中学生以下の方は必ず同伴をお願いします。

コシ産婦人科医院 院長殿

コシ産婦人科医院での診察・治療を受けることに同意いたします。診察などに関して、緊急または医学的に必要な処置が生じた場合は医師の指示に従います。また、コシ産婦人科医院で受ける診察・治療において異議申し立てはいたしません。

(当日持参いただくもの)

- ① 未成年の診療及び治療に関する同意書（本書面）
- ② マイナンバーカード 又は 資格確認書
- ③ 診察券
- ④ 医療証

令和 年 月 日

受診者の氏名

受診者の生年月日

保護者氏名（※必ず自署で）

住所

緊急連絡先

（受診者との関係： ）

（当日保護者と緊急の連絡が取れる電話番号）