

20歳未満の方のみでの外来受診に関する同意書

未成年者は理解・判断能力が未熟である可能性があるため、民法上は医療契約が完全には認められていません。医療はその性質上、健康や命に大きく影響する可能性がある投薬や副作用等があり、十分に安全性や事故について配慮していても危険性をなくすことができません。そのため、通常は未成年者の受診には保護者が同伴し、医師の説明等を理解したうえで代諾者になっていただきます。

しかし、現実には必ずしも保護者が未成年者の診察に同伴できない場合もあるため、当院では20歳未満の方でも、保護者から同意書を頂くことで単独受診での診察を行っています。以下にご理解いただける場合はご署名をお願いいたします。

海老名みちしるべメンタルクリニック 院長殿

私、 _____ (保護者) は、
_____ (受診者) が

海老名みちしるべメンタルクリニックにて、診察、処方・検査（採血、心電図および心理検査等）などの治療を受けることに同意します。また、診察に同席できない場合は、患者が医師と話し合い承諾した医療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

保護者氏名 _____ (自署) 続柄 _____

住 所 _____

電 話 番 号 _____

【留意事項】

個人情報保護の観点により、診察後、お電話による治療に関するお問い合わせにはお答えできかねます。ご了承ください。