

未成年者の診療に関する説明・同意書

未成年者の受診に際して、以下の医学的な見地から、基本的に保護者または法律上の代理人として認められた方等の付添いをお願いしております。

- ・問題のある身体の状態や発生原因、生活・運動習慣などの正確な問診
- ・病歴、治療中の他の病気や服用している薬、各種アレルギー等、必要な医療情報の確認
- ・避けられないリスクを伴う処置や処方副作用等の説明と同意の必要性
- ・選択肢のある治療方針を決定・変更する際、保護者の方の判断や同意の必要性

保護者の付添いが出来ない場合に、担当医師もしくは医療スタッフが直接電話で診療の説明や保護者の同意をお願いしなくてはならないこともあるため、必ず連絡が取れるようお願い致します。

お電話でのご連絡が取れない場合、診察以外の治療（リハビリや検査、注射など）をお受けいただけない、もしくはご受診をお断りする可能性もございますので、ご了承ください。

なお、もし連絡が取れない場合でも、治療上の緊急性・必要性があると医師が判断した場合には、検査や処方、注射等の治療を実施させていただくことがありますのでご了承下さい。

《リハビリテーション実施時に保護者または法律上の代理人が毎回付き添えない場合》

初回リハビリテーション時に長期的な治療方針について、保護者または法律上の代理人の方に説明し、同意・サインをいただいております。

その後の治療経過に伴って変更されるリハビリテーションについては、毎月発行する総合実施計画書で治療方針・内容を必ず確認していただき、質問や同意いただけない時はご連絡下さい。

特別ご連絡ない場合は、総合実施計画書への署名が未成年者本人のみであっても保護者・法律上の代理人の方から治療方針に同意あったものとさせていただきます。

15歳未満の患者様については、本人では判断に難渋することがあるため、保護者または法律上の代理人として認められた方等のご同伴をお願い致します。ご同伴がない場合は受診を断りしておりますのでご了承ください。

ご不便をお掛けすることもあるかと存じますが、安全・安心な医療提供のため、皆様方のご理解ご協力をお願い致します。

医療法人アレックス 佐久平整形外科クリニック

院長 殿

上記説明について理解し、同意いたします。

同意記入日 年 月 日 本人(自署) _____

保護者または代理人(自署) _____