

# 未成年者（18歳未満）の受診、検査についてのお願い

茅ヶ崎徳洲会病院

下記をお読みになってご理解の上サインをしてください。

当院では原則として、未成年者（18歳未満）の方が受診される際には、以下の理由により保護者、法律上の代理人及び同行者として病院が認めた方などの同伴をお願いしております。

- ・症状、既往歴、治療中の病気やケガ、服用している薬の内容、各種アレルギー等診察に必要な医療情報の確認のため
- ・検査や処置のリスク、処方する医薬品の副作用などについて、適切に理解し判断していただくため
- ・診察の結果を適正にお伝えするため

## 【やむを得ずご同伴いただけない場合】

同意書をお持ちでない場合は保護者（代理人）の連絡先を記載し、同意を得た上で診察をします。必ず連絡が取れるようにしてください。

また、同意書をお持ちになっている場合においても、診察の内容や検査・処置の同意、診察の結果など、必要に応じて電話連絡をさせていただく場合がございますので必ずご連絡が取れるようご協力をお願いいたします。診察結果や治療内容、診察費等は、当日に患者様ご本人へお伝えし、ご本人から保護者に報告をしていただきます。

個人情報保護の観点により、お電話での治療に関するお問い合わせにはお答えできかねますのでご了承ください。

必要な連絡が取れない場合や治療の内容により、医師の判断で後日改めて保護者（代理人）と同伴で受診をお願いする場合がございます。

緊急を要する場合は、保護者（代理人）の同意がなくとも医師の判断で検査や治療を開始することがございます。

診療においては、治療方針の選択や薬剤の処方など、医学的な判断を要する場面がございます。

これらの判断を未成年の患者様ご本人のみで行うことが難しいと医師が判断した場合には、たとえ同意書をご持参いただいても、後日保護者（代理人）とご同伴のうえ、再度の受診をお願いすることがございます。

医療の安全性と適切な説明責任の観点から、何卒ご協力をお願い申し上げます。

安心安全な医療のご提供のため、ご理解とご協力をお願いいたします。

## 患者情報

氏名 ご本人）： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_

保護者の氏名：お名前 \_\_\_\_\_ 氏

連絡先（電話）

\_\_\_\_\_