

## 18 歳未満の方の受診についてのお願い

当院では、18 歳未満（高校生を含む）が外来を受診される際は、保護者または委任を受けた成人の親族、法律上の代理人、付き添い者として病院が認めた方などの付き添いをお願いしています。ただし、中学卒業後で独立しており被保険者（本人）の保険証をお持ちの方は除きます。

### 付き添いが必要な理由

- ・病状、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、必要な医療情報を的確に確認するため
- ・検査や処置のリスク、処方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
- ・18 歳未満は、法的に保護者の同意がないと正式な契約ができないため  
(保護者の同意のない契約は、取り消すことができるとされています)

**\*緊急時（すぐに適切な処置を行わないとつらい症状が続く場合や重症化することが予見される場合、更に重大な後遺症や生命の危険があると担当医が判断する時）には、保護者のご承諾なしに診断し治療を開始することがあります。**

- ・やむを得ず付き添えない場合には、電話での「診療の確認」「説明の同意」などをお願いすることがありますので、必ず連絡が取れるようご配慮ください。
- ・連絡が取れない場合や診療内容によっては担当医の判断により、検査、治療等を行うことがあります。また、後日改めて付き添って来院していただくこともあります。
- ・診察の結果や治療内容、診療費等は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。

お手数をおかけする場合もあるかと思いますが、安全・安心な医療提供の取り組みのためご理解とご協力のほどお願いいたします。

2023 年 2 月 1 日  
病 院 長

## 18歳未満（高校生を含む）の診察等同意書

医療法人社団善衆会  
善衆会病院 院長 殿

私、 \_\_\_\_\_ (保護者) は

\_\_\_\_\_ (受診者) が

医療法人社団善衆会 善衆会病院で診察、処方・処置・検査（採血・生理検査・放射線検査等）・  
リハビリ等の治療（以下「診察等」という）を受けることに同意します。

\_\_\_\_\_ 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、診察等の後、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。また、必要に応じて当院よりご連絡をすることがありますので  
ご了承ください。