

未成年者（16 歳以上 18 歳未満）の診療及び治療に関する同意書

戸塚休日急患診療所 御中

「未成年の方の受診についてのお願い」の記載内容を理解し、保護者同伴なしで診察を受けさせることに同意いたします。

また診察等に関して、緊急または医学的に必要な医療行為が生じた場合は医師の判断、指示に従います。

年 月 日

患者氏名 _____

生年月日 年 月 日 () 歳 _____

住所 _____

保護者氏名（自署） _____ （続柄） _____

住所 _____

緊急連絡先 _____

（※病院からの電話にすぐ対応いただける連絡先をご記入ください）

※診察の結果や治療内容、診療費等は、患者様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、電話でのお問合せにはお答えできかねますのでご了承ください。

※上記同意書は 16 歳以上 18 歳未満の患者様が対象です。15 歳以下で診察をご希望の方は必ず保護者（または法律上の代理人）の同伴が必要です。

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。