未成年者の受診に関する同意書

（兼 親権者同意書）

当院では原則として、18歳未満（未成年）の患者様が単独で受診される際、医療の性質上、健康や生命に重大な影響を及ぼす可能性のある判断（お薬の処方・注射・各種処置・検査など）を伴うことがあるため、保護者の方の同伴をお願いしております。

保護者の方の同伴をお願いする理由

1. **正確な医療情報の把握：**現在の症状、過去の病歴（既往歴）、他院での治療状況、服用中のお薬、アレルギーの有無など、的確な診察に不可欠な情報を正確に確認するため。
2. **リスクや副作用への正しい理解：**検査や処置に伴うリスク、処方する医薬品や注射の副作用などについて、保護者の方に正しくご理解いただき、適切なご判断を仰ぐため。
3. **診療結果の確実な共有：**医師からの診断結果や今後の治療方針を、保護者の方へ直接かつ正確にお伝えするため。

ご留意事項

・お電話での確認について

あらかじめ本同意書をご持参いただいている場合でも、診察内容や検査・処置の実施、診断結果の共有にあたり、必要に応じて診察中に保護者（代理人）様へお電話でのご連絡や、ご来院をお願いする場合がございます。受診中は必ずご連絡が取れる状態でお待ちいただきますようご協力をお願いいたします。

・個人情報保護の観点

診察結果や治療内容、会計費用などは、当日にご本人様へお伝えし、ご本人様から保護者様へご報告いただく形をとっております。個人情報保護およびセキュリティの観点から、お電話による治療内容等のお問い合わせには一切お答えできかねますのでご了承ください。

・再受診のお願い

必要な連絡が取れない場合や、治療・処置の内容によっては、医師の判断により当日の診療を制限し、後日改めて保護者様同伴でのご受診をお願いする場合がございます。

・緊急時の対応

一刻を争う緊急事態であると医師が判断した場合は、保護者様の同意や同伴を待たずに、先行して必要な検査や救急治療を開始することがあります。

安全で質の高い医療を提供するため、何卒ご理解とご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

やむを得ず未成年者の方が単独で受診される場合は、上記の趣旨をご理解・ご同意の上、下記に保護者様が直筆でご署名いただき、患者様にお持たせください。

Pono wellness clinic 院長 殿　　年　　月　　日

患者氏名			
保護者氏名（自署）		**続柄**	
住所	〒　　－		
緊急連絡先（電話番号）	－　　－ （※診察中、確実に連絡が取れる番号をご記入ください）		

Pono wellness clinic