

未成年者のみでの外来受診・予防接種に関する同意書

つむぎこどもクリニックでは、未成年者の診療およびインフルエンザ予防接種（以下、接種）は保護者同席のもとで行うことを原則としています。

しかし、保護者がやむをえない事情で同席できない場合は、『義務教育を修了した未成年者（高校生以上）』に限り、『保護者からの同意書を頂く』ことで、未成年者単独での診療（接種）を行っています。

以下の内容にご理解いただける場合はご署名をお願いします。

尚、保護者の方の自署でない場合は、この同意書は無効となります。

医療法人社団 理事長殿

上記記載内容を理解し、保護者の同伴なしで診療（接種）を受けることに同意します。

また診療（接種）に同席できない場合は、患者が医師と話し合い承諾した医療を受けることに同意し、診療内容についての異議申し立てはいたしません。

診療内容に不明な点がある場合は、診療予約の上、患者と共に再度受診をいたします。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者住所 _____

保護者電話番号 _____

保護者署名 _____（続柄 _____）

外来受診者名 _____

【留意事項】

必要に応じて当クリニックよりご連絡することがございます。

患者様側からのお電話での診療に関するお問い合わせには、個人情報保護の観点によりお答えできかねますことをご了承ください。