# 未成年(18 歳未満)の診療に関する説明及び同意書

当クリニックでは、未成年の方が診察を受けられる際、保護者のご同伴をお願いしております。やむを得ず保護者のご同伴無く診察を受けられる際は、本同意書にて保護者の同意をいただき、受診の際にご持参願います。
同意が無い場合には、診察・処方や処置などの治療は行えませんのでご了承ください。
なお、同意書に記載をいただいた場合でも、症状や医師の所見によって、同伴が必要と判断した場合は、診察をお断りすることがあります。
※15 歳以上の未成年で、診療当日に保護者が同伴しない場合に提出願います。
※中学生以下の方は必ず同伴をお願いします。

---

前田眼科クリニック　院長殿

前田眼科クリニックで診療を受けることに同意いたします。診察などに関して、緊急または医学的に必要な処置が生じた場合は医師の指示に従います。また、前田眼科クリニックで受ける診療において異議申し立てはいたしません。

（当日ご持参いただくもの）
① 未成年の診療に関する説明及び同意書（本書面）
② 健康保険証

記入日　　年　　月　　日

受診者の氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受診者の住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者の氏名(自署)　　㊞　（受診者との続柄：　　）

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

緊急連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

## 前田眼科クリニック