

☆未成年者外来診療にあたっての同意書☆

年 月 日

一社アレルギー科・こどもクリニック

一社アレルギー科・こどもクリニックでは、様々な病気に対して医師による治療を提供させていただいております。それに伴い、受診の前に何点かお気を付けいただきたいことがございます。下記内容を御確認の上、御了承いただきたくお願い申し上げます。

御確認内容

① 未成年者の受診について 当クリニックでは、中学生以上の受診については、特に制限を設けておりませんが、受診後に診察内容や診療費についてのお問い合わせをいただくケースがございます。そのようなケースがないようにするために、出来る限り保護者の方々の同伴をお願いしております。難しい場合には **保護者様が当クリニックにお子様のみで受診する事を承知している**か、重病や詳しい検査が必要になった場合にご連絡先と連絡が取れる時間を教えていただいております。

② この同意書に記載をいただいた場合でも、その症状や医師の所見によっては同伴をお願いする場合があります、場合によっては診察をお断りさせていただく事もございます。

③ 症状に関するお電話での問い合わせは承っておりません。症状に関する質問等は必ず保護者様同伴にて診療時間内に受診をお願いします。

待ち時間について

④ 各患者様の御病状、院内の混雑具合により診察まで御時間がかかる場合もありますので、何卒御了承の程宜しく願致します。

未成年者外来診療にあたっての同意書

上記「未成年者外来診療にあたっての同意書」について、理解しましたので同意いたします。

年 月 日

本人氏名 (才) 連絡先 - -

親族氏名 (続柄) () 印

連絡先 - -

連絡可能な時間 時 ~ 時