

未成年(18歳未満)の診療に関する説明

当院では、未成年の方が診療を受けられる際、保護者のご同伴をお願いしております。中学生以上18歳未満の方で、診療当日に保護者が同伴されない場合、本同意書の提出をお願いいたします。同意がない場合には、診察や処方、処置などの治療は受けられませんのでご了承ください。なお、同意書に記載を頂いた場合でも、症状や医師の所見によって、保護者の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。小学生以下の方は必ず同伴をお願いいたします。

同意書

かわさき眼科で 下記の受診者が診療を受けることに同意致します。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、かわさき眼科で受ける診察において異議申し立てはいたしません。

記入日 年 月 日

受診者の氏名 _____

受診者の生年月日 _____ 年 月 日 ()歳

受診者の住所 _____

保護者氏名(自署) _____ 印 (受診者との続柄:)

保護者の住所 _____

緊急連絡先 _____

(当日ご持参いただくもの)

- ① 健康保険証
- ② 未成年の診療に関する説明および同意書(本書面)

かわさき眼科 院長 川崎 佳巳

〒562-0012 箕面市白島 1-2-15-1F (Tel) 072-737-8950