

未成年者受診同意書

保護者の同伴なく受診される方へ
未成年の患者様が保護者の同伴なく受診される場合は、本同意書をご記入のうえご持参ください。

■ 患者様情報

氏名	
生年月日	年 月 日

■ 保護者様情報

保護者氏名	
続柄	
電話番号	

■ 同意事項

私は上記患者の保護者として、保護者の同伴なく整形外科を受診することに同意します。
また、診療上必要と判断された診察、レントゲン等の画像検査、固定処置、リハビリテーション評価および治療について同意します。
なお、診療内容によっては保護者様への確認をお願いする場合があります。
※骨折等に対するシーネ固定・ギプス固定、注射、関節穿刺、MRI等の精密検査紹介、診断書作成等については、必要に応じて保護者様へ確認させていただく場合があります。
※保護者様と連絡が取れない場合には、安全管理上の観点から、診察のみとなり、一部の検査・処置・治療を後日をお願いすることがあります。

上記内容を確認し、同意いたします。

記入日	年 月 日
保護者署名(自署)	

■ 医療機関記入欄

☐ 同意書確認 ☐ 電話確認 ☐ 保護者同伴 確認者: _____