キュアステーション宛

未成年者の診療に関する同意書

● ご注意

本同意書は、**13歳〜17歳以下**の方が、お一人または親権者（法定代理人）以外の方の付き添いで受診される際に必要です。

12歳以下のお子様の受診は必ず親権者（法定代理人）同伴での受診をお願いします。12歳以下の場合、本同意書の提出は不要です。

該当するものにチェックをしてください。

☐ 13歳〜17歳の未成年の方が親権者（法定代理人）以外の方の付き添いのもと受診する

☐ 13歳〜17歳の未成年の方が一人で受診する

● 付き添される方の情報（付き添いを伴い受診される場合のみご記入ください）

付添者の氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

付添者の続柄：＿＿＿＿＿＿

付添者への診断結果についてご希望のものにチェックをしてください。

☐ 付添者に診断結果について説明する　　☐ 付添者に診断結果について説明しない

● 診療を受ける方の情報（全てご記入ください）

診療を受ける方の氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

診療を受ける方の生年月日：＿＿＿＿　年　＿＿　月　＿＿　日

診療を受ける日：＿＿＿＿　年　＿＿　月　＿＿　日

● 親権者（法定代理人）の情報（全てご記入ください）

親権者（法定代理人）同意日：＿＿＿＿　年　＿＿　月　＿＿　日

親権者（法定代理人）の氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

親権者（法定代理人）の続柄（例：父、母）：＿＿＿＿＿＿

親権者（法定代理人）の電話番号：＿＿＿＿＿＿　ー　＿＿＿＿＿＿　ー　＿＿＿＿＿＿

● 同意内容（同意いただけるものにチェックをしてください）

未成年者がキュアステーションを受診し、下記の医療行為について、ご同意いただける項目すべてにチェックをお願いいたします。

医師が必要と判断した医療を通常どおり実施することにご同意いただける場合は、すべての項目にチェックをお願いします。

チェックのない項目につきましては、実施できない場合がございますので、あらかじめご了承ください。

なお、緊急性が高いと判断された場合には、患者様の生命・健康を最優先するため、上記同意の有無にかかわらず必要な医療を実施することがございます。

☐ 診察を受けることに同意する

☐ 処方箋を交付することに同意する

☐ 検査（採血・画像検査等）を受けることに同意する

☐ 注射・点滴等の処置を受けることに同意する

●病状説明について（必ず確認の上、チェックをしてください）

後日、親権者（法定代理人）様への病状説明を希望される場合には、再診予約をお取りください。その際には、通常の受診と同じように再診料がかかります。

☐ 理解しました

● 医療費の支払責任者（該当のものにチェックをしてください）

原則として受診者ご本人にお支払いいただきますが、受診者ご本人による支払いが困難な場合の支払責任者にチェックをしてください。

☐ 親権者（法定代理人）

☐ その他

● 支払責任者の情報（「その他」を選択した場合はご記入ください）

支払責任者の氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

支払責任者の続柄：＿＿＿＿＿＿