

未成年者の受診やワクチン接種について

長山皮膚科医院

当院では、未成年者（高校生は、未成年とみなします）が診療やワクチン接種を受ける際には、保護者または委任を受けた成人の親族、法律上の代理人、付添い者として当院が認めた方（受診者が高校や専修学校などの寮生の場合での学校の職員など）などの付添いをお願いしております。ただし、既婚者と中学卒業後の15歳から成人になるまでの方で働いており被保険者（本人）の保険証をお持ちの方は除きます。

【付添いが必要な理由】

- ▶ 病状、既往歴、治療中の病気やケガ、服用している薬の内容、各種のアレルギー等、必要な医療情報を的確に確認するため。
- ▶ 検査や処置のリスク、処方薬の副作用などについて適切に理解し判断していただくため。
- ▶ 未成年者は、法的には保護者の同意がないと適切な契約ができないため。

継続受診で初回受診時に保護者の同意が得られている場合はこの限りではありませんが、病状の変化に伴う加療内容の見直し・変更を要する場合や、初回受診時と別な疾患についての診療については付添いが必要となります。緊急時（すぐに適切な処置を行わないと重大な後遺症や生命の危険があると医師が判断する時など）には保護者のご承諾なしに診断し治療を開始いたします。

【やむを得ずご同伴いただけない場合（受診者が高校生以上）】

「未成年者外来診療にあたっての同意書」を、保護者（代理人）の直筆署名の上、ご持参をいただきますようお願いいたします。

なお、未成年者へのワクチン接種につきましては同意書があっても必ず付添いが必要となります。

お電話による診療内容に関する問い合わせは承っておりません。症状に関するご質問などは保護者同伴にて診療時間内の受診をお願いします。

未成年者外来診療にあたっての同意書（高校生以上の未成年者対象）

記入日 _____年____月____日

下記の受診者が診療を受けることに同意致します。受診時に同席出来ない為、外来受診患者が医師の診察説明にて納得した場合にはその意思を尊重し治療や処方を受けることについて同意します。

医学的に必要な処置が生じた場合には医師の指示に従います。

受診者の氏名 _____ 歳 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生まれ

受診者の住所 _____

受診目的・アレルギー歴の有無

同意者の氏名（自署） _____ 続柄 _____

同意者の住所 _____

受診者と同じ

同意者の緊急連絡先 _____