

未成年者の診療に関するご案内と同意書

1. 保護者の同席について

未成年の方が受診される際は、以下の理由から、原則として保護者の同伴をお願いしております。

- ・症状の経過や生活習慣、受傷原因などの詳細な問診を正確に行うため
- ・既往歴、服薬中の薬剤、アレルギー等の重要な医療情報の確認のため
- ・医療行為に伴うリスクや副作用など、適切な説明と同意取得のため
- ・治療方針に選択肢がある場合に、判断および合意が必要となるため

2. 緊急対応時の連絡について

診療中に保護者の同意が必要となる場面（検査・治療選択など）においては、ご連絡することがあります。迅速な対応が求められるため、常に連絡が取れる手段を確保いただきますようお願いいたします。やむを得ず連絡が取れない場合は、医師の判断により必要な医療処置を行うことがありますので、ご了承ください。

3. リハビリテーションにおける同意の取り扱い

保護者の方がリハビリテーションに立ち会えない場合でも、以下のように対応させていただきます。

- ・毎月リハビリ時に治療計画をご説明し、同意および署名をいただきます。
- ・治療内容や方針の更新については、毎月発行する総合実施計画書にてご確認ください。
- ・ご不明点やご意見がある場合は、速やかに当院までご連絡ください。
- ・ご連絡がない場合は、計画書に未成年者ご本人のみの署名があっても、保護者の方に同意いただいたものとして対応させていただきます。

4. 小児運動器疾患指導管理料について

当院では、成長期における運動器の障害や外傷の予防・早期回復を目的として、小児運動器疾患指導管理料を算定することがあります。

これに際しては、診察結果や年齢・活動状況を踏まえたリスク評価、生活指導、運動制限のアドバイスなどを行います。

この点にご同意いただきたく、併せて本書にて確認をお願い申し上げます。

【記入欄】

年 月 日

本人署名：

保護者署名：

医療法人社団真清の会 新千歳クリニック
院長 河野哲也