

# 鈴鹿内科・呼吸器内科 未成年受診同意書

未成年者が医療機関を一人で受診する際に必要な保護者の同意を確認するためのものです。

## 受診者情報

- ・ 名前：\_\_\_\_\_
- ・ 生年月日：\_\_\_\_\_

**同意内容** 私は、上記の未成年者が一人で貴院を受診し、必要な医療を受けることに同意します。治療のメリットやリスクについては本人に説明し、理解していることを確認しました。治療に伴う副作用が生じた場合でも、貴院に対して責任を問わないことに同意します。

日本の民法第 820 条および第 821 条に基づき、親権者は未成年者の監護および教育の責任を負い、未成年者が行う行為について代理する権利を有しています。そのため、未成年者が医療を受ける際には、親権者の同意が必要です。医療機関が適切な治療を提供し、治療に伴うリスクについて保護者の方に承諾していただくことが必要です。

同意日：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_

## 保護者署名

- ・ 署名：\_\_\_\_\_
- ・ 電話番号：\_\_\_\_\_