

子どもの診察における代理受診・付き添いに関する同意書

医療法人 あゆみ桜会 皮ふ科眼科くめクリニック
〒593-8324 大阪府堺市西区鳳東町1丁65-2
TEL：072-262-1241

【お子さま情報】

氏 名：_____

生年月日：____年____月____日（ 歳）

【保護者（親権者）情報】

氏 名：_____

住 所：_____

電話番号：_____

【付き添い・代理受診者情報】

氏 名：_____

続 柄（例：祖母・叔父など）：_____

電話番号：_____

【同意内容】

私は、上記の子どもの診療にあたり、下記の内容を理解し、同意いたします。

1. 私（保護者）は、上記の者が私の代理として診察に立ち会い、診療内容・処方・検査・処置等の説明を受けることを承諾します。
2. 医師の診療・判断は、当日の症状・問診・診察結果に基づいて行われるものであり、付き添い者が医師に十分な情報を伝えられない場合や、保護者不在による説明不足等に起因する不利益について、医療機関は責任を負いかねます。
3. 緊急時には、付き添い者の判断に基づき必要な医療行為（処置・投薬等）を行うことを承諾します。
4. 診療内容・処方内容などの詳細は、医療機関から付き添い（代理人）へ説明され、保護者は代理人を通じて内容を確認するものとします。
5. 保護者からの電話・来院による再説明の希望には応じられない場合があることを了承します。
6. この同意は、特別な申し出がない限り、____年____月____日まで有効とします。

【署名欄】

保護者署名： _____

日 付： ____年 ____月 ____日

〈医療機関記入欄〉

受付確認者： _____

確認日： ____年 ____月 ____日

本同意書は、代理受診に伴う誤解や医療事故を防ぐ目的で使用します。

診療内容に関する問い合わせは、原則として代理人経由で行っていただく旨を説明してください。