

## 未成年者（中学卒業後 15 歳以上 18 歳以下）の婦人科受診に関する同意書

東大宮 胃と大腸肛門の消化器内視鏡内科・婦人科クリニック 見沼院 院長殿

当院婦人科では、原則として未成年者（中学卒業後 15 歳以上 18 歳以下※高校生である年齢）の方が受診される際には、保護者または法律上の代理人の同伴をお願いしております。

婦人科診療では、診察・内診・超音波検査・採血・処方・注射・各種検査など、健康や身体に関わる医療行為を行う場合があります。十分に安全性に配慮して診療を行いますが、医療行為には一定のリスクを伴います。

やむを得ず保護者の同伴なく受診される場合には、本書の内容をご理解いただいたうえで、保護者（代理人）の方が直筆でご署名いただき、受診時にご持参ください。

なお、診療内容や症状によっては、当日の診療を制限させていただく場合や、保護者への連絡をお願いする場合がありますので、あらかじめご了承ください。

※予防接種等、一部診療につきましては保護者同伴をお願いする場合があります。

---

私は、上記内容を理解し、保護者同伴なしで受診することに同意します。

また、診察に同席できない場合は、患者本人が医師から説明を受け、同意した診療・検査・処方・医療行為を受けることに同意します。

診療内容について不明な点がある場合は、必要に応じて保護者が本人とともに受診し確認いたします。

---

同意日 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 年 月 日

---

※保護者本人直筆でご記入ください

保護者（代理人）氏名 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

※受診中に連絡可能な電話番号をご記入ください

電話番号 \_\_\_\_\_