保護者同伴について

未成年の患者様の年齢によって、保護者直筆の同意書が必要な場合や、処方できる薬剤が限られることがあります。

新しい症状や、症状変化に伴う薬剤の変更や処置はできかねますので、可能な限り保護者同伴で受診してください。

緊急性がある場合を除き、保護者の同意をお電話で確認することは一切いたしませんのでご了承ください。

●保護者同伴について

	初診	再診
小学 1～3 年生以下	必要	必要
小学 4～6 年生	必要	原則必要　注 1
中学生	必要	原則必要　注 2
高校生	必要	原則必要　注 3
18 歳になる年の 4 月以降	不要	不要

〇小学生（1～3 年生）以下
初診再診問わず保護者の同伴が必要です。

〇小学生(4～6 年生)　注 1
当院再診で、症状が安定もしくは改善傾向にあり、前回（6 ヶ月以内）と同様の保湿剤のみの処方を希望される方、いぼに対し液体窒素などによる処置を行っている患者様について、保護者不在下で単独受診可能です。その際、1 症状ごとに同意書を 1 枚ご用意いただき、保護者の方が直筆で記入したものをご持参ください。

〇中学生（13 歳になる年の 4 月～16 歳にある年の 3 月末まで）注 2
当院再診で、症状が安定もしくは改善傾向にあり、前回（外用剤は 6 ヶ月以内、内服薬は 2 ヶ月以内）と同様の処方のみ希望、イオントフォレーシスのため通院中、いぼに対し液体窒素などによる処置を行っている患者様について、保護者不在下で単独受診可能です。その際、1 症状ごとに同意書を 1 枚ご用意いただき、保護者の方が直筆で記入したものをご持参ください。

〇高校生（16 歳になる年の 4 月～18 歳になる年の 3 月末まで）注 3
6 ヶ月以内に受診された症状に関する再診の場合について、保護者の同伴は不要です。

同　　意　　書

私は、保護者同伴での受診の必要性を理解しました。その上で、自己責任の範囲内で、患者を保護者不在で受診させることに同意いたします。また、担当医の判断で処方や処置を中止する場合があることにも同意いたします。

同意日：　　年　　月　　日

今回の症状：

患者氏名：　　代理人氏名：　　（続柄　　）

注意：本同意書は、今回の症状についてのみ有効です。新しい症状がみられた場合は、保護者同伴で診察を受けていただいた後、新規にご提出いただく必要があります。

赤池エンゼル皮ふ科