

未成年の方のみでの受診について

※小学生・中学生・高校生の未成年者対象

当院においては、安全で質の高い医療を提供できるように日々診療を行っております。そのために、診断や治療に関して選択肢がある場合には、十分に内容を理解いただいた上で、保護者様に判断して頂く必要があります。

以上のことから、**原則保護者同伴**でお願いしております。

やむを得ず、同伴していただけない場合には、事前に**同意書の提出**をお願いしております。

ご不便をお掛けいたしますが、ご理解・ご協力の程宜しくお願い致します。

七隈よしだ歯科クリニック

院長 吉田 創介

未成年の方のみでの受診に関する同意書

七隈よしだ歯科クリニック

私、_____（保護者）は、_____（続柄）である
_____（受診患者）が、七隈よしだ歯科クリニックでの保護者
同伴なしでの受診について理解し、診察することに同意いたします。

令和____年____月____日

保護者氏名_____ 印

住所_____

緊急連絡先 _____ - _____ （ 続柄： ）

当院の対応についてご希望をお聞かせください。

該当するものにチェックをつけてください。

- ＜治療＞ ☐ 本人に説明して治療を進めても良い
(必要に応じてレントゲン撮影、麻酔を使用することがあります)
☐ 保護者が説明(麻酔の使用の有無等)を受けてから
治療してほしい
→ご本人のみで来院された場合は治療できませんので

毎回必ず保護者の同伴が必要となります。

- ＜定期検診＞ ☐ チェックのみ希望(虫歯の有無、歯肉炎の有無)
☐ 虫歯があれば治療希望
☐ 歯石がついていれば歯石とり希望

※＜治療＞で”保護者の説明が必要”にチェックをつけられた方は、
ご本人のみで来院された際は当日治療できませんのでご了承下さい。