

未成年の方の受診に際してのお願い

当院におきまして、地域に根ざした病院の役割を果たすため、安全で良質な医療を提供するべく整形外科、脳神経内科の診療を行っております。

現在の医療行為開始に当たってはインフォームド・コンセント(説明と同意)が必須の手続きとなっており、特に手術やそれに準ずる処置をする際には通常承諾書を提出していただくことになっております。したがって、**未成年患者の場合には保護者の方の同意が必須となります。**また、承諾書の必要がなくても、診断や治療に関して選択肢がある場合には、十分内容をご理解いただいた上で保護者の方に判断していただくことがあります。

以上のことから、未成年者の受診に際しましては原則保護者の方の同伴をお願いいたします。予防接種歴や既往歴、アレルギーの有無、現在の服薬内容なども重要な情報ですのであらかじめ母子手帳などの資料をご準備の上受診をお願いいたします。やむを得ず同伴していただけない場合は電話による説明と同意をお願いすることがあるかもしれませんので、必ず連絡がとれるようにご配慮下さい。連絡が取れない時や、診療の内容によりましては担当医の判断により、後日改めて同伴で来院していただくこともあります。

ただし、保護者の同伴がなくても、緊急時、すなわち、その場で適切な処置を行わないと重大な後遺症や生命の危険があると担当医が判断する状況では、承諾なしに診断、治療を開始いたします。また、再診時の同伴が困難な場合は「委任状」の記入をお願いいたします。

ご不便をお掛けすることもあるかと存じますが、十分納得していただいた上でお子様に最善の医療を受けていただくための手続きですので、ご理解ご協力の程お願い申し上げます。

令和5年10月1日
戸塚共立いずみ野病院
院長 高橋 竜哉

MRI検査注意事項及び委任状(未成年)

●MRI検査注意事項

MRI検査は安全な検査ですが、強い磁場環境での検査の為、金属や磁気製品を持ち込んだ場合、検査機器の吸着や磁気製品の故障が起こります。そのため下記の医療装置を使用している場合検査することができません。また人によっては、検査中に気分が悪くなってしまうことがあり、その場合は検査を途中で中止させていただく場合がございます。

MRI検査非対応医療機器

該当するものにチェックをお願いします。

ペースメーカー

脳動脈クリップ

磁器製シャントバルブ

人口内耳

※上記医療機器使用の場合は来院前に当院にご連絡ください。

●委任状

注意事項を十分に理解した上で、MRI検査を受けることに同意します。

____年 ____月 ____日

患者名 _____様

保護者名 _____様

保護者ご連絡先 _____

※緊急時や確認事項がある場合にご連絡させていただく場合がございます。
ご連絡がつく番号の記載をお願いいたします。

お問合せ先

戸塚共立いずみ野病院

TEL:045-800-0320(代表)

ご不明な点は地域医療連携課までお問い合わせください。