



未成年・家族の治療に関する事前同意書

未成年が病院で診察、検査、処置、治療を受ける際には保護者の同意が必要です。
また成人でも、輸血や手術の場合にはご家族の同意が必要なことが多々あります。
海外ではコミュニケーションの問題もあり、保護者や家族の同意が迅速に得られないと緊急時でも処置や治療が遅れたり提供できないことがあります。
可能であれば事前に同意書を準備しておくことをお勧めします。
また多額の治療費や医療搬送が必要になる場合に備えて、海外旅行傷害保険に加入しておくことで安心です。
皆様の海外での滞在が健康で安全なものとなりますように。

未成年・家族の治療に対する事前同意書（日本語訳）

私は、下記の私の子供・家族に対して、標準的かつ不可欠な緊急治療を医療機関に提供していただけるよう依頼・同意します。

- ① 渡航する子供/家族の氏名： _____
- ② 同意する保護者・家族の氏名： _____
- ③ 渡航する子供/家族との関係： Father, Mother, Wife, Husband, Son, Daughter など
- ④ 住所： _____

距離や時差があるため、同意より生命の危険を避ける緊急治療を優先しますが、もし私の子供・家族が貴院に入院した場合、下記の方法で私に連絡をお願いします。

- ⑤ 電話： +81- _____
- ⑥ Email： _____ @ _____
- ⑦ （同意する方の）署名： _____
- ⑧ 署名日： _____ （西暦/月/日）

小石川インターナショナルクリニック
〒112-0001 東京都文京区白山 2-29-4
泉白山ビル 1階
TEL 03-6757-2060

Koishikawa International Clinic (KIC)
Ground Floor, Izumi-Hakusan Bldg., 2-29-4,
Hakusan, Bunkyo-ku, Tokyo 112-0001, Japan
info@kic.clinic www.kic.clinic

ADVANCE AUTHORIZATION FOR TREATMENT OF A MINOR/FAMILY MEMBER

I hereby request and authorize treating hospital to deliver standard and inevitable emergency medical care for my child/ family member named below.

① Name of Child/Family member: _____

② Name of Authorizing Parent (Guardian)/Family member

: _____

③ Relationship to Child/Family member: _____

④ Address: _____

To avoid life-threatening situation, I prioritize emergency treatment before obtaining my consent due to distance and time difference, though please try to contact me regarding the healthcare of my child/ family member via means below, in case my child/ family member admitted to your facility.

⑤ Phone Number: +81- _____

⑥ Email address: _____ @ _____

⑦ Signature : _____

⑧ Date : _____ (YYYY/MM/DD)