

未成年患者様と保護者様へ

当院では、未成年患者様の施術に関し、患者様とご家族様に安心して手術に臨んでいただけるよう心掛けております。つきましては以下の通りお願いを致しておりますので、何卒ご理解くださいますようお願い申し上げます。

無料カウンセリング 保護者の同行や書類の提出等はありません。
お気軽にご相談にお越しく下さい

術前検査 ※保護者の同伴が必須です。(親権をお持ちの保護者・1名以上)

お持ち物

ご本人・保護者の本人確認および続柄を確認させていただきます。
以下ご持参くださいますようお願い申し上げます。

■ご本人確認書類 以下いずれか1点

- ・運転免許証（現住所が表面記載と異なる場合、裏面に現住所の記載必須）
- ・マイナンバーカード（通知カードは不可）
- ・日本国パスポート・ビザ（住所記載面が現住所である）
- ・健康保険証
- ・社員証
- ・学生証

■保護者確認書類 以下いずれか1点 ※顔写真入り公的証明証

- ・運転免許証（現住所が表面記載と異なる場合、裏面に現住所が記載必須）
- ・マイナンバーカード（通知カードは不可）
- ・日本国パスポート・ビザ（住所記載面が現住所である）
- ・在留カード（現住所が表面記載と異なる場合、裏面に現住所が記載必須）

■続柄確認書類

- ・父母と同居の場合：世帯全員の住民票
- ・父母と同居していない場合

もしくは保護者が未成年後見人であるとき：戸籍謄本（全部事項証明）

例) 通勤・通学のため、ご本人が一人暮らししている場合

単身赴任等により、父母が別居している場合

離婚等により、保護者（親権者）が1人の場合

未成年後見人が選定されている場合

上記全ての証明証が揃った場合に術前検査をお受けいただけます。

契約締結

手術に関する全ての書類にはご本人・保護者全員のサインが必要となります。
インフォームド・コンセント・麻酔同意書・廃棄脂肪同意書・手術後の内服薬について
契約書・モニター契約書

検査時、保護者のうち1名しかご同席されなかった場合、もう1名のサイン
が必要となる書類一式をご自宅へ郵送させていただきます。

到着しましたら、もう1名の保護者サインを追記頂きご返送をお願い致します。

書類一式に全員のサインがあることを当院で確認できましたら手術の実施が可能となります。

その他注意事項

- ・未成年患者様で結婚されている方は法律上成年者と見なされます為、ご本人確認書類と戸籍抄本のご提出頂ければ、保護者の同伴やその他書類の提出は不要です。
- ・医師判断により、手術をお断わりさせていただく場合もございますことをご了承ください。
- ・検査日以外にも医師判断により保護者の同伴をお願いする場合がございますことをご了承ください。
- ・手術日に保護者が同席をご希望された場合、セキュリティの観点から手術中は病院外での時間調整をお願いしております。病室での待機もご遠慮頂いておりますことをご了承ください。
- ・術後診察は執刀医が責任を持ってお身体の状態を診察致します。必ず医師の指示に従って通院いただきますようお願い申し上げます。

セルポートクリニック横浜

〒231-0006 神奈川県横浜市中区南仲通三丁目 35 番地

横浜エクセレント III 2 階

インターネットサイト <http://www.cellport.jp/>

お問い合わせ先

TEL: 0120-360-489 (フリーダイヤル) 10:00~18:00 木曜休診

*メールでのお問い合わせは24時間受け付けております。 E-mail: info@cellport.jp