

無家長（監護人）或法定代理人陪同之未成年人就醫委託書

貴家長（監護人）或法定代理人您好：

根據法律規定，七歲以下之未成年人不能做醫療決定，需要家長（監護人）或法定代理人處理；七歲以上未滿十八歲之未成年人做醫療決定，需要家長（監護人）或法定代理人的協助與同意。

未成年人（未滿十八歲者）初次來本診所就診應由家長（監護人）或法定代理人陪同，以便建立正確完整之病歷資料，並確認就醫目的及治療計畫方向。在完成初診評估後，若家長（監護人）或法定代理人因故無法親自陪同未成年人就醫，可委託已成年之受委託人協助。

本人 _____（監護人或法定代理人簽名）已知並同意上述內容，因故無法親自陪同 _____（未成年人姓名）就醫，特委託 _____（受委託人姓名）代為全權處理此次就醫事項。

委託人：	簽章	身分證字號：
聯絡電話：		與未成年人關係：
受委託人：	簽章	身分證字號：
聯絡電話：		與委託人關係：

填寫日期：

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

備註：

1. 本委託書須由家長（監護人）或法定代理人填寫。
2. 受委託人代為陪同未成年人就醫時，應出示此委託書及有效身份證明文件。
3. 本委託書於填寫日期十四日內有效。