

搬送に関する同意書

国立成育医療センター 総合診療部 救急診療科
小児緊急搬送チーム 説明医師：

患者氏名： _____ の治療のため、

搬送年月日：2009年__月__日に _____ から、国立成育医療センターへの搬送を、
成育医療センター小児緊急搬送チームにより実施いたします。

- ・ 安全を第一に考えて搬送にあたりますが、予期せぬ事態が発生し、心肺停止を含めて重篤な合併症等をきたす可能性があります。
- ・ 救命のため緊急処置を搬送中に実施することがあります。
そのために合併症が発生する可能性があります。
- ・ きわめて稀ではありますが、搬送中に救命できない事態が発生することがあり得ます。
必要に応じ救命処置・搬送を継続しながら連絡をとる努力をいたします。
- ・ よりよい治療を継続するために紹介元施設における医療情報等を成育医療センターでの治療にも用いさせていただきます。また成育医療センターにおける医療情報等を、プライバシーに配慮の上 紹介元施設に提供する場合がございます。
- ・ 小児緊急搬送チームが出動した場合、緊急往診料・検査料等が発生いたします。
仮に搬送が実施されなかったり他病院へ搬送となった場合でも成育医療センターに料金をお支払いいただく事になります。これには健康保険等が適応されます。
- ・ 症状軽快または安定化後に他院紹介の上 継続加療となる場合があります。
その際、必要に応じて民間救急車(有料)を用いる事があります。
これには健康保険等は適応されません。
- ・ その他：

以上の項目につき説明を受け、理解しましたので、実施に関して同意いたします。

代諾者の氏名： _____ (患者様との関係： _____)

搬送中の緊急連絡先(携帯電話番号など)： _____