

緊急搬送に関する同意書

国立成育医療研究センター 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： _____ 様 の治療のため、搬送年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日に、

_____ から、国立成育医療研究センター（以下、当センター）への搬送を、
当センター小児緊急搬送チームにより実施いたします。

- ・ 現在お子様は、重篤な状態で転院により専門治療が必要な状態と判断しています。安全を第一に考えて搬送にあたりますが、予期せぬ事態や心肺停止など重篤な合併症等をきたす可能性があります。
- ・ 搬送中や搬送後にご家族の到着を待たず、救命のため緊急処置・麻酔・輸血・手術を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。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ので、下欄に緊急連絡先（携帯電話番号等）をご記載ください。
- ・ より良い治療を継続するため、紹介元施設における医療情報等を当センターでの治療にも用いさせていただきます。また当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当センターに費用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、必要に応じ東京消防庁の認定を受けた民間会社の救急車（有料）を用いる事があります。移送実費は直接 救急車運航会社にお支払い頂く必要があります。移送費給付申請が可能な場合があります。加入している健康保険に御確認ください。
- ・ 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）： _____

以下、感染症に関わる点をお聞きします。

3週間以内に、はしか、水ぼうそう、帯状ほしん、ふうしん、おたふくかぜの方と接触しましたか？

はい（具体的にご記入下さい： _____ ）

いいえ