

## 緊急搬送に関する説明書

患者 \_\_\_\_\_ 様（ \_\_\_\_\_ 生，患者ID： \_\_\_\_\_ ）の緊急搬送に際し、担当医師より、以下の項目についてご説明します。

### 【搬送が必要な理由】

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致しますので、小児専門の搬送チームにより \_\_\_\_\_ から成育医療研究センターへ緊急搬送を行います。

### 【搬送中に生じうる合併症とその対応】

- ・安全を第一に考えて搬送にあたりますが、原疾患の悪化、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。
- ・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。その際には救命処置・搬送を最優先と致しますが、可能な限り保護者の方に状況の連絡をとる努力をいたします。

### 【個人情報の取り扱いに関して】

よりよい治療を継続するために、紹介元施設における診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。

### 【搬送費用に関して】

小児緊急搬送チームの出動にあたり、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い場合、他病院へ搬送となった場合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。

### 【症状軽快後の転院に関して】

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、必要に応じて認定され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 救急車運行会社にお支払い頂きます。移送費給付申請が可能な場合がありますので、加入している健康保険に御確認ください。

以上の説明にご同意をいただける方は、同意書にご署名の上、担当医にご提出ください。

同意書の提出後であっても、出発直前まで中止することはできますので、お申し出ください。

説明年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

国立成育医療研究センター 救急診療科 説明医師名 \_\_\_\_\_

緊急搬送に関する同意書（患者控え）

国立成育医療研究センター 病院長 殿

患者ID： \_\_\_\_\_

患者氏名： \_\_\_\_\_

私は、「緊急搬送に関する説明書」を理解のうえ、  
緊急搬送に関して同意致します。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

患者署名（自署） \_\_\_\_\_

代諾者署名（自署）および本人との続柄 \_\_\_\_\_ 続柄（ \_\_\_\_\_ ）

注）15歳以上20歳未満の場合は、本人と代諾者の署名を併記してください。

.....  
緊急連絡先 携帯番号1) \_\_\_\_\_ 続柄（ \_\_\_\_\_ ）

携帯番号2) \_\_\_\_\_ 続柄（ \_\_\_\_\_ ）

1か月以内の感染接触：無・有 （水痘，帯状疱疹，風疹，おたふく，はしか）

1か月以内の予防接種：無・有 （水痘ワクチン，ロタウイルスワクチン）

緊急搬送に関する同意書（病院用）

国立成育医療研究センター 病院長 殿

患者ID： \_\_\_\_\_

患者氏名： \_\_\_\_\_

私は、「緊急搬送に関する説明書」を理解のうえ、  
緊急搬送に関して同意致します。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

患者署名（自署） \_\_\_\_\_

代諾者署名（自署）および本人との続柄 \_\_\_\_\_ 続柄（ \_\_\_\_\_ ）

注）15歳以上20歳未満の場合は、本人と代諾者の署名を併記してください。

.....  
緊急連絡先 携帯番号1) \_\_\_\_\_ 続柄（ \_\_\_\_\_ ）

携帯番号2) \_\_\_\_\_ 続柄（ \_\_\_\_\_ ）

1か月以内の感染接触：無・有 （水痘，帯状疱疹，風疹，おたふく，はしか）

1か月以内の予防接種：無・有 （水痘ワクチン，ロタウイルスワクチン）