



患者送迎サービス 搬送同意書

【患者情報】

患者氏名 _____ 紹介元施設 _____

【同意事項】 以下の各項目をご確認の上、チェックしてください。

- 送迎サービスの利用に同意します。
- 送迎車両は救急車ではなく、乗務員の体制・資格により移動中の医療的ケアが行えない場合があることを理解し、同意します。
- 移動中の急変時、最寄りの救急医療機関への搬送または救急車要請が行われる場合があることを理解し、同意します。
- 搬送の安全確保のため、私の個人情報（氏名・病状・連絡先等）が送迎担当スタッフ間で共有されることに同意します。
- 重要事項説明書（別紙）に記載の内容（責任範囲・免責事項等）を確認し、理解しました。

【同意の取得方法】 下記A～Dのうち、該当する方法を1つ選択してください。

- 方法A：患者本人が署名 方法B：代理人（家族等）が書面署名
- 方法C：家族等への電話による口頭同意
- 方法D：紹介元施設スタッフとの協議による搬送決定

▼ 方法A 患者本人署名

署名・日付 _____ 年 月 日 （自署または記名押印）

▼ 方法B 代理人（書面署名） ※患者が自署困難・未成年・意思確認困難な場合

代理人氏名 _____ 続柄 _____

署名・日付 _____ 年 月 日 （自署または記名押印）

▼ 方法C 電話による家族等の口頭同意 ※立会者2名（施設スタッフ1名+当院スタッフ1名）が署名

連絡先・日時 _____ 年 月 日 時 分

立会者①（施設）氏名 _____ 署名 _____

立会者②（当院）氏名 _____ 署名 _____

※ 事後速やかに家族等へ書面で通知すること

▼ 方法D 紹介元施設スタッフとの協議による決定 ※患者の意思確認困難かつ家族等への連絡が取れない場合に限る

協議参加者①（紹介元）氏名 _____ 署名 _____

協議参加者②（当院）氏名 _____ 署名 _____

※ 事後速やかに家族等へ通知し、追認または異議の有無を確認すること

【クリニック記載欄】

説明者 _____ 搬送日時 _____ 年 月 日 時 分

搬送区間 往路（紹介元施設または本郷駅 → 当院） 復路（当院 → 紹介元施設または本郷駅）

名古屋アクセスクリニック 〒465-0051 愛知県名古屋市名東区社が丘1-111-1 TEL：052-753-3720

原本：当院保管 / 控え：患者・家族（任意）