

搬送同意書

私は、令和 年 月 日、住所 から〇〇病院までの搬送について宮城アンビュランス民間救急が実施することに同意の上、以下の内容を了承し、搬送を希望いたします。

- 1、 患者様のご同意が得られず搬送に至らなかった場合でも、運賃・介助料等の基本料金が発生することを了承します。
- 2、 本搬送は医療行為を目的とするものではなく、患者様の安全を確保するための移送支援に限ることを理解します。
- 3、 搬送中または説得対応時において、患者様が暴れる・抵抗するなどの行動により、同行スタッフ・看護師・車両・備品に損害（人身・物損）が生じた場合、その責任は依頼者にあることを了承し、必要に応じて損害の実費負担を行うことに同意します。
- 4、 搬送中に患者様が暴れる、強く抵抗する、自傷・他害の恐れがあると判断された場合、依頼者である私の同意に基づき、安全確保を目的として身体拘束（抑制帯、ベルト、ミトン等）を行うことを許可します。
- 5、 暴力・自傷・他害の恐れが高いと判断された場合、搬送を中止または関係機関（警察・消防・医療機関等）に引き継ぐことに同意します。
- 6、 搬送後の医療判断・処置等については医療機関の責任となり、搬送事業者には責任が及ばないことを理解しています。
- 7、 私は、以上の文章を全て読み、リスクに関する警告事項を理解いたします。

令和 年 月 日

同意します。

患者様氏名

依頼者氏名

続柄（ ）