

搬送依頼に関する重要事項説明書

この度、搬送依頼をお受けするに当たり、以下の事項についてご確認、ご承諾をいただけますようお願い申し上げます。ご承諾なき場合、依頼のお引受けをお断りする場合がありますのでご了承下さい。そもそも福祉移送車両は移送を目的としたもので、治療・処置を目的としたものではなく、乗務員は医療行為を行う資格は持っていません。この点についてご理解を賜りますようお願い申し上げます。

1. 依頼者様は、ご利用者様（以下甲という）が今回の搬送に耐えうる病状・体力であるかどうかを、主治医もしくは担当医（かかりつけ医師）にご確認いただき、許可・承諾を得て下さい。
2. 合同会社信州民間救急サービス（以下乙という）は搬送中（車外での付き添いを含む）に乗務員の過失による事故により、甲の身体に傷害（怪我）や甲の財物（所有物）や第三者の身体及び財物に損害を与えた場合、その損害における法律上の賠償責任を負います。
3. 乙は搬送途中において病状の悪化・発症等が発生した場合、主治医等の指示を受けた場合は可能な限りの処置を取り、応急処置・付近の病院への搬送等を行います。病状の悪化・発症自体に関する責任は負いません。
4. 搬送時の車内における酸素吸入・痰の吸引等は医療行為であり、乙が器具等を貸し出した場合でも乗務員は直接医療行為を行う事ができませんのであらかじめご了承下さい。
5. 医師、看護師の同乗なく車内にて医療行為が必要な場合は、医師または看護師の指導のもと、ご家族または付添者の責任において実施して下さい。
6. 甲の事由による搬送の中止・中断があった場合、その後の搬送義務について乙は責任を負いません。また、中止の際には搬送終了時の料金相当額を請求させていただきます。
7. 搬送途中及び搬送後の甲の発症については、甲に既にあった病気や症状との因果関係の有無を問わず乙は責任を負いません。

同 意 書

上記事項の内容を確認・承諾の上、搬送を依頼いたします。

また、上記項目1については下記の医療機関・医師により許可・承諾を得ている事を確認します。

平成 年 月 日

利用者名 _____ ㊞

依頼者名 _____ ㊞

依頼者の利用者との関係（ _____ ）

確認・承諾の医療機関・医師名

医療機関名 _____

医師名 _____

緊急連絡先

（ _____ ）科 TEL （ _____ ）

※ 緊急時には乗務員等から直接連絡をする事があります。

事業者名 合同会社信州民間救急サービス 代表 杉下 紀昭