**患者固定翼機搬送に関する説明書**

患者 様（ 生）の特定非営利活動法人日本重症患者ジェット機搬送ネットワーク（以下、NPO法人JCCN）による患者固定翼機搬送に際し，搬送チーム派遣医療機関または搬送元医療機関の担当医師より，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、転院により高度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　　　　搬送元医療機関　　　　　　　　　 から搬送先医療機関 　　　　　　　　　　　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、搬送元医療機関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。また搬送やその後の治療に関する医療情報等の全部または一部を、プライバシーに配慮の上、JCCN本部、搬送元医療機関、搬送チーム、搬送先医療機関及び搬送運航会社に共有させていただきます。

【搬送費用に関して】

JCCNと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、搬送先医療機関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。

【航空機利用におけるリスク及び補償について】

航空機の運航は、NPO法人JCCNが中日本航空株式会社(以下、中日本航空)に委託しております。

航空機の運航においては、運航中の気象の変化、機体の状況、緊急事態回避操作などにより、客室内の気圧、温湿度、荷重等に変化が生じることがあり、身体や医療機器に何らかの影響を及ぼすリスクがあります。また、突発的な気象の変化、自然災害や航空機トラブルの発生、あるいは航空管制指示等により、寄港地及び最終目的地の変更、並びに到着時間の大幅な遅延、または欠航が生じる場合があります。搭乗者様自ら又はそのご家族が、医師に相談をして、検討していただきたく存じます。

これらの不可抗力的または予期せぬリスクについては一切責任を負うことはできないことをご了解の上ご利用ください。

万が一航空機の運航に起因する事故が発生した場合は、中日本航空が加入する、「航空機保険の約款（東京海上日動）」の補償適用条件に基づき責任を負いますが、以下に記載した限度額を超える補償は一切負わないことをご了承ください。

　　　《中日本航空の加入保険》

　　　・第三者乗客包括賠償責任保険　　　50億円

　　　　・EMS賠償責任保険　　　　　  　　  5億円

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

説明医師所属 説明医師氏名

**患者固定翼機搬送に関する同意書（患者控え）**

特定非営利活動法人　日本重症患者ジェット機搬送ネットワーク

理事長　　　福嶌　教偉　　　殿

患者氏名：

患者生年月日：

私は，「患者固定翼機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)

**患者固定翼機搬送に関する同意書（NPO法人　JCCN用）**

特定非営利活動法人　日本重症患者ジェット機搬送ネットワーク

理事長　　　福嶌　教偉　　　殿

患者氏名：

患者生年月日：

私は，「患者固定翼機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)

**患者固定翼機搬送に関する同意書（搬送チーム派遣医療機関または搬送元医療機関）**

特定非営利活動法人　日本重症患者ジェット機搬送ネットワーク

理事長　　　福嶌　教偉　　　殿

患者氏名：

患者生年月日：

私は，「患者固定翼機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)

**患者固定翼機搬送搭乗者に関する同意書（NPO法人　JCCN用）**

特定非営利活動法人　日本重症患者ジェット機搬送ネットワーク

理事長　　　福嶌　教偉　　　殿

【航空機利用におけるリスク及び補償について】

航空機の運航は、NPO法人JCCNが中日本航空株式会社(以下、中日本航空)に委託しております。

航空機の運航においては、運航中の気象の変化、機体の状況、緊急事態回避操作などにより、客室内の気圧、温湿度、荷重等に変化が生じることがあり、身体や医療機器に何らかの影響を及ぼすリスクがあります。また、突発的な気象の変化、自然災害や航空機トラブルの発生、あるいは航空管制指示等により、寄港地及び最終目的地の変更、並びに到着時間の大幅な遅延、または欠航が生じる場合があります。

これらの不可抗力的または予期せぬリスクについては一切責任を負うことはできないことをご了解の上ご利用ください。

万が一航空機の運航に起因する事故が発生した場合は、中日本航空が加入する、「航空機保険の約款（東京海上日動）」の補償適用条件に基づき責任を負いますが、以下に記載した限度額を超える補償は一切負わないことをご了承ください。

　　　《中日本航空の加入保険》

　　　・第三者乗客包括賠償責任保険　　　50億円

　　　　・EMS賠償責任保険　　　　　  　　  5億円

　　　　・普通傷害保険(医療従事者に限る)　死亡：1億円　入院日額：15,000円/日 通院日額：10,000円/日

私は，「航空機利用におけるリスク及び補償について」を理解のうえ，患者固定翼機搬送の搭乗に関して同意致します。

　　　　年　　　月　　　日

搭乗者所属先：　　　　　　　　　　　　　　　搭乗者氏名：

　　　　年　　　月　　　日

搭乗者所属先：　　　　　　　　　　　　　　　搭乗者氏名：

　　　　年　　　月　　　日

搭乗者所属先：　　　　　　　　　　　　　　　搭乗者氏名：