旅行透析・臨時透析に関する同意書

連絡先：獨協医科大学日光医療センター　地域連携・入退院支援センター　　TEL：0288-23-7100

1　受け入れにあたりましては、情報提供が必要となり、必ず主治医の許可が必要です。
2　必要に応じて、当院から主治医に問い合わせをする場合もございます。あらかじめご了解ください。
3　透析ベッドの状況によっては、ご希望の日程・時間でのご案内ができない場合がございます。
4　旅行計画のスケジュールについては、調整の参考にお伺いする場合があります。あらかじめご了解ください。
5　自家用車で来院の方は、外来駐車場をご利用ください。なお、当院外来駐車場は有料（8時間まで100円）となっております。

＜新型コロナウィルスやインフルエンザ等感染性疾患に対する対応について＞

1　旅行透析予定日より10日前以降にご本人または同居ご家族が新型コロナウィルスやインフルエンザに罹患した場合は上記連絡先までご連絡ください。
2　状況をお伺いさせていただいたうえで対応について判断させていただきます。場合によっては、お受入れできない場合もございます。
3　旅行透析当日に、発熱・咽頭痛・咳・嘔吐・下痢などの症状がある場合は、新型コロナウィルスおよびインフルエンザ検査で陰性を確認してからの透析実施となります。検査結果が出るまで約1時間以上お待ちいただきます。
4　原則、新型コロナウィルス・インフルエンザ検査で陽性となった場合は、透析をお受けできないことをご了解ください。
なお、検査のみの場合も負担金が生じます。後日当院からご請求させていただきますのであらかじめご了解ください。

私は、上記内容を確認し、内容を承諾したうえで旅行透析を実施することに同意します。

獨協医科大学日光医療センター　病院長　殿

同意年月日：　　年　　月　　日

お名前：　　代筆者：　　（続柄：　　）

※代筆の場合代筆者のお名前と続柄をご記載ください

ご住所：