

医療同意書



特定非営利活動法人
スペシャルオリンピックス日本・長崎 御中

西暦 年 月 日

アスリート名 _____

(アスリートが未成年者および本書面の意味を理解できないときは親権者または保護者の方が署名してください。)

親または親権者 _____

私は、アスリートである私本人または私がファミリーとして自立を援助しているアスリートが、貴会または貴会参加のスペシャルオリンピックスの主催するスポーツプログラム、記録会及び大会・行事等に参加中に救急医療を受ける必要が生じたときに備え、予め、次の各事項に同意します。

記

- ☆ 救急蘇生処置あるいは緊急手術が必要となったにもかかわらず、アスリートに対する医療について権限を有するファミリーとの連絡が30分以内（その時の担当医の判断により変更も有り得る）に取れないときには、コーチ等現場の責任者が医療関係者の求めに応じて救急蘇生処置あるいは緊急手術について承諾をなすことに同意します。ただし、緊急蘇生処置をとる場合には、医療責任者の判断に従って処置することとしてください。
- ☆ 上記の場合を除くほか、アスリートに対し手術その他の医療措置が必要な場合には、ファミリーが医療責任者と話し合って決めますが、ファミリーと医療責任者の相談が電話で行われている等の事情からファミリーが話し合いを行う等医療処置に関する同意書に署名することができないときは、ファミリーの同意を得てコーチ等現場責任者がファミリーに代わって医療処置に関する同意書に署名して下さい。
- ☆ アスリート本人である私またはファミリーである私は、アスリートに対して輸血を行い、あるいは血液製剤を使用することを宗教上の理由から拒否する場合には、本書の外に、その旨記載した書類を予め貴会またはコーチ等現場責任者にお渡ししますので、私の意志を尊重してください。当該書類をお渡ししない場合には、アスリートに対し輸血を行い、あるいは血液製剤を使用することを宗教上の理由から拒否しないものとみなされて処置を受けても異議は申し出ません。
なお、当該書類は、アスリートの退会時または私が随時返却を請求したときは速やかにご返却ください。
- ☆ 通常、怪我をしたり病気になった人は、どのような医療処置をどのような医療機関で受けるか選択する権利を持っています。しかし、緊急事態の発生したとき、本書記載の方法に従って医療処置がなされた場合には、アスリート及びファミリーはスペシャルオリンピックス日本及びこれに所属するスペシャルオリンピックス並びに役員、コーチ及び他のスペシャルオリンピックス関係者に対し、裁判上あるいは裁判外の請求をいたしません。

以上