

送迎サービス利用者 各位

松塩クリニック透析センター

送迎サービスの利用について

松塩クリニック透析センター（以下、クリニックという）では、自力での通院が困難な透析患者さんを対象とした送迎サービス（ボランティア）を行っています。

当送迎サービス（以下、送迎という）の利用にあたり、以下の送迎利用規約を十分確認し理解承諾のうえ利用ください。

送迎利用規約

第1条 利用にあたり

1. 当クリニックの送迎は、無償にて運行される。
2. 送迎内容について、利用者個々の要望には対応できないことを了承するものとする。
3. 送迎利用は、往復利用し、原則片道送迎は行わないものとする。
4. 利用者は、自力にて乗降を行っていただき、運転要員は介助を行わないものとする。但し、安全への配慮から最低限の介助については行う場合もあり得る。
5. 介助が必要な利用者については、家人及び依頼したヘルパーが送迎時に在宅し、送り出し介助及び出迎え介助、介助全般を行うものとする。
6. 車イス利用者が運行中、車イスより滑り落ちないように利用者側が防止対策を行うものとする。（車イス付属身体固定ベルトや滑り止めクッションなど）
7. 発熱・咳・下痢・嘔吐など、感染症の疑いがあるときは必ずクリニックに連絡をし、他の利用者への感染を防ぐため、送迎の利用は自粛していただくものとする。
8. 自然災害が発生し、道路事情などの事由により、送迎が困難とクリニックが判断した場合、送迎の運行は行われぬものとする。

第2条 送迎範囲と時間について

1. 送迎範囲と時間については、クリニックの定める範囲内及び時間内とする。

第3条 迎便について

1. 車両は、事前に定められた日時に利用者の自宅前、その他あらかじめ決められた指定場所に迎えに行くものとする。
2. 利用者は、速やかに乗車できるよう身支度を整え玄関先等に出待つものとする。
3. 利用者の多寡及び交通事情等により、送迎時刻が前後する可能性があることを了承するものとする。
4. 迎え時に姿が見えず、しばらく待機をした後も見えない場合、他の利用者に迷惑が及ばないように車両は出発させていただき、その場合は自力にて通院していただくものとする。

第4条 送便について

1. 利用者は、透析治療終了後身支度を整え速やかに乗車できるよう院内指定場所にて待つものとする。なお、乗り合いでの送迎のため、透析治療終了後直ちに出発できるというのではなく、待ち時間が発生することを了承し利用するものとする。
2. 車両は、事前に定められた利用者自宅前、その他指定場所に送るものとする。
3. 治療終了遅れが発生し、送迎に影響が出ると判断したとき、車両は出発させていただき、その場合は自力にて帰宅していただくものとする。
4. 介助が必要な利用者の帰宅時、家人及び依頼したヘルパーが不在の場合、一旦クリニックにもどすものとし、その場合は家人に迎えに来ていただくものとする。

第5条 迷惑行為の禁止・送迎の中止について

1. 運転要員及び他の利用者に対し、迷惑な言動、中傷、自己中心的な訴えなどの行為を確認した場合、送迎は中止とさせていただく。
2. 運転要員の介助が必要となった場合、送迎は中止とさせていただく。但し、家人及び依頼したヘルパーが介助を行う場合は除く。
3. 他の利用者及び運転要員に、影響を及ぼす恐れのある認知症を発症した場合、送迎は中止とさせていただく。
4. 車両内での飲食や喫煙は禁止とさせていただく。
5. 送迎を利用しないことが頻繁に発生した場合、送迎は中止させていただく。
6. 医師が治療上の判断で、送迎を中止とさせていただくこともあり得る。

第6条 その他

1. 透析時間変更・透析日変更の場合、送迎対応は行わないものとする。
2. 送迎運行中、薬局やコンビニ等の立ち寄りを行わないものとする。
3. 送迎運行中、途中下車は認められないが、事情により許可する場合もあり得る。
4. 送迎の利用対象者は「患者」とし、付添いの方の同乗はできないものとするが、医師の判断において許可する場合もあり得る。
5. 事情により送迎の利用をしないときは、必ずクリニックに連絡するものとする。

第7条 改訂・更新

本規約は、利用者の安全な送迎利用及び車両の安全な運行を目的とし、必要があると認められた場合は随時改訂更新を行うものとする。

第8条 同意書について

利用者及び家族の方は、本送迎利用規約の内容を十分に確認し理解承諾のうえ、別紙同意書に利用者（本人）と同意者（家族等）の欄に記名押印し提出していただくものとする。また本人が記名できない場合は代筆者によって記名押印をいただくものとする。

以 上

送迎サービス利用規約同意書

医療法人金剛 松塩クリニック透析センター 殿

送迎サービス利用規約（別紙）を理解承諾のうえ、内容に同意し、送迎サービスを利用させていただきます。

令和 年 月 日

利用者（ご本人）

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

電 話 _____

代筆者名 _____ (利用者との続柄) ㊞

同意者（ご家族等）

住 所 _____

同意者名 _____ (利用者との続柄) ㊞

電 話 _____

通院送迎サービス利用患者 様

送迎サービスの利用を許可いたします。

令和 年 月 日

住 所 長野県松本市村井町北1-9-78 _____

氏 名 松塩クリニック透析センター 院長 水上 哲太郎 ㊞

電 話 0263-58-0225 _____