乗船前の旅客確認事項（患者同意書）

•旅客氏名（患者）：

•患者のパスポート番号：

•付き添い者氏名：

•付き添い者のパスポート番号：

▶ リスクに関する重要事項

1）患者が乗船する場合は、事前に医師の診断書を提出し、船会社による乗船可否の確認を受ける必要があります。安全な旅行に適さないと判断された場合、乗船をお断りすることがあります。診断書には、患者が少なくとも25時間の船舶での移動に医学的に適しているかどうかを記載する必要があります。

2）東海（トンヘ）～ウラジオストク間の航海には約24時間かかります。気象状況によっては船体が大きく揺れ、患者の健康に悪影響を及ぼすおそれがあります。また、本船には専門の医療従事者（医師・看護師）が乗船しておらず、緊急事態に対応するための十分な医療機器や医薬品も備えていません。

3）医師による診察や治療が必要な緊急事態が発生した場合でも、目的国に到着した後でなければ患者を医療機関へ搬送できません。そのため、適切な診察や治療を受けるまでに相当な時間がかかります。

同　意　書

DUWON SHIPPING CO., LTD. 御中

上記の内容を十分に理解し、これに同意します。

＿＿＿＿年　　月　　日　EASTERN DREAMへの乗船を申請します。

- 私は、上記の航海での旅行に関連して、海上輸送の前・輸送中・輸送後を問わず、私の健康に有害な結果（症状の悪化または死亡を含む）が生じた場合であっても、DUWON SHIPPING CO., LTD.ならびにその役員、従業員、補助者および代理人に対して、一切の責任を追及しません。
- 患者の乗船条件である酸素の継続的な供給およびドレナージチューブの管理の履行については、**保護者がすべての責任を負い**、必要な安全対策を徹底して実施することを誓約します。
- 患者の船舶乗船適格性を会社が判断するため、主治医が会社の求める関連医療情報を会社に提供することに同意します。また、当該情報に関して主治医の職業上の守秘義務を免除することにも同意します。
- さらに、船舶の利用中に予測できない緊急事態（死亡を含む）が発生したことにより生じるすべての搬送・移送費用および治療費用は、患者および保護者が全額負担することに同意します。年　　月　　日

患者（署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

付き添い者 / 権限を付与された代理人（署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

▶患者の状態および乗船に関する確認事項

1）歩行の可否：本船には旅客用エレベーターがないため、階段を自力で歩いて乗船する必要があります。患者は自力で歩いて乗船できますか？　はい（　　）/ いいえ（　　）

＊自力で歩行できない場合、旅客ご自身で出発港および到着港の両方で利用する救急車を手配してください。

2）自力呼吸の可否：患者は自力で呼吸できますか？　はい（　　）/ いいえ（　　）

＊酸素吸入器 / 酸素ボンベが必要な場合、旅客ご自身で、航海時間全体（少なくとも25時間）に使用できる十分な量の酸素ボンベをご用意ください。

3）（該当する場合のみ記入）旅客が自ら手配した救急車で、立入制限区域内にある船舶の前まで患者を搬送する必要がある場合、車両登録番号および運転手の情報を事前に船会社へ提供することに同意しますか？

はい（　　）/ いいえ（　　）

登録病院名 / 主治医氏名	
病院の電話番号	
緊急連絡先（氏名・　患者との関係）	
渡航先での緊急連絡先電話番号	
（立入制限区域内で救急車を利用する場合） 車両登録番号、運転手および救急医療従事者の所属先・氏名・連絡先電話番号・住所	