

# 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・三重 御中

年 月 日

アスリート名（本人署名）

※本人署名ができない場合は、親権者による代筆し、下記親権者署名をお願いします。

（アスリートが未成年の場合・本人署名ができない場合）

親権者名（親権者署名）

アスリートである私が、スペシャルオリンピックスに関する活動（スポーツプログラム、競技会、その他イベントなど）に参加中、緊急医療を受ける必要が生じたときに備え、あらかじめ、次の各事項に同意いたします。

## 記

### 【救急蘇生・緊急手術】

1. 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（医療関係者の判断により30分を待たない場合もある）に取れないときには、コーチなど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緊急手術をなすことに同意します。ただし、医療関係者の判断に従って処置をすることとする。

### 【けがや病気】

2. 上記の場合を除くアスリートに対し医療措置が必要な場合には、ファミリーと医療関係者が話し合っていますが、状況によってはコーチなど現場の責任者の判断でファミリーに相談なく、現場責任者と医療関係者が話し合っ医療措置を決することに同意します。

### 【輸血の拒否】

3. アスリートに対し輸血を必要とする、あるいは血液製剤を使用する場合において、宗教上の理由から拒否する場合は、その旨を記した書面を予め貴会に提出します。当該書類を事前に提出していない場合は、アスリートへの輸血あるいは血液製剤の使用を拒否しないものとし、処置を受けた場合でも意義は申し出ないことに同意します。

### 【異議申立・裁判】

4. 通常、けがや病気の際にどのような医療処置をどのような医療機関で受けるかを選択する権利はアスリート本人、またはファミリーが持っています。しかし、緊急事態が発生した場合に本書記載に従って医療処置がなされた場合には、アスリートおよびファミリーはスペシャルオリンピックス、スペシャルオリンピックス日本、スペシャルオリンピックス日本・三重及び、それらの役員、コーチ、関係者に対し、裁判上あるいは裁判外の請求をしないことに同意します。

以上