

事 務 連 絡
令和5年5月2日

都内透析医療機関 管理者殿

東京都福祉保健局保健政策部長
東京都福祉保健局感染対策部長

維持透析医療機関患者搬送サービスに係る利用申込書の改訂について

日頃より東京都における新型コロナウイルス感染症対策に御理解と御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

先般、「新型コロナウイルス感染症の類型変更に伴う東京都の対応について」（令和5年4月27日付事務連絡）において、維持透析搬送の5類移行後の対応について周知したところです。

この度、別添のとおり、維持透析医療機関患者搬送サービス利用申込書等について一部改訂いたしましたので、送付いたします。今後はこちらの様式を御使用ください。

引き続き、透析医療の確保に御協力いただきますようお願い申し上げます。

記

1 送付資料

- (1) 「維持透析医療機関患者搬送サービスご利用にあたって」
(2023年5月8日改訂版)
- (2) 「維持透析医療機関患者搬送サービス利用申込書」
(2023年5月8日改訂版)

※ 受付時間、電話番号及びメールアドレス等に変更はございません。

【問合せ先】

東京都福祉保健局 保健政策部 疾病対策課 疾病対策推進担当
電話 03-5320-4476

維持透析医療機関患者搬送サービスご利用にあたって

本サービスをご利用いただくにあたり、次の事項を必ずご確認の上、申込書にチェックしてください。

- 患者様の透析実施日時が確定していること（本サービスの利用は、発症日または検体採取日から7日目までとなります）
- 患者様が都内在住の新型コロナウイルス感染症患者であること
- 透析医療機関が都内に所在していること
- 患者様が、運転手の介助なく搬送車にご乗車できること。車イス対応車ではないこと
- 同乗者の介助によりご利用の場合は、その旨を申込書の「12.特記事項」に記載していること
- 配車時間の確定は、搬送前日の19～20時になること。また、患者様への伝達は医療機関が行うこと
- 搬送日当日、搬送事業者から患者様あてにお電話する可能性があることをご了解いただいていること
- 搬送途中に下車できないことを、患者様にご了解いただいていること
- 本サービスは医療機関から申し込むため、患者様からの依頼は不要であること（二重手配の防止）

維持透析医療機関患者搬送サービス利用申込書				提出日： 月 日	
【貴医療機関情報】					
1. 医療機関名		2. 発症日	2023 年	月	日
3. 利用希望日時（1回目） ※基本搬送時間は9～20時になります	病院到着日時：	月	日	（ ）	時 分
	病院迎車日時：	月	日	（ ）	時 分
利用希望日時（2回目） ※基本搬送時間は9～20時になります	病院到着日時：	月	日	（ ）	時 分
	病院迎車日時：	月	日	（ ）	時 分
利用希望日時（3回目） ※基本搬送時間は9～20時になります	病院到着日時：	月	日	（ ）	時 分
	病院迎車日時：	月	日	（ ）	時 分
利用希望日時（4回目） ※基本搬送時間は9～20時になります	病院到着日時：	月	日	（ ）	時 分
	病院迎車日時：	月	日	（ ）	時 分
利用希望日時（5回目） ※基本搬送時間は9～20時になります	病院到着日時：	月	日	（ ）	時 分
	病院迎車日時：	月	日	（ ）	時 分
4. 住所	〒 [][][] - [][][] ※建物名がある場合記入ください。 東京都				
5. 担当者名	フリガナ				
	氏名				
6. 電話番号	TEL: - -	夜間連絡先	TEL: - -		
	問合せ可能時間 : まで		問合せ可能時間 : まで		
7. 駐車場	<input type="checkbox"/> あり（無料・有料） <input type="checkbox"/> なし	駐車場の指定			
【患者様情報】					
8. 患者様氏名	フリガナ			年齢（ 歳）	
	氏名			性別（男・女）	
9. 住所	〒 [][][] - [][][] ※建物名がある場合記入ください。 東京都				
10. 電話番号					
11. 緊急連絡先	フリガナ			続柄（ ）	
	氏名			連絡先（ - - ）	
【特記事項】					
12. 特記事項					
<特記事項にご記入いただきたいこと> ●日本語対応が難しい場合 ●同乗者がいる場合 ●到着時、運転手から医療機関へ連絡が必要な場合 その他駐車場や患者様の出入口等について、記載するスペースが足りない場合は別途添付してください。					
13. 到着連絡	・患者様宅到着時、ドライバーからの電話 ・病院到着時、ドライバーからの電話 ・病院到着時、病院スタッフのお迎え		有 or 無 有 or 無 有 or 無		
【ご利用にあたっての注意事項】 ※必ずご確認の上、チェックをお願いします					
<input type="checkbox"/> 患者様は都内在住の新型コロナウイルス感染症患者です。 <input type="checkbox"/> 透析医療機関は東京都内に所在しています。 <input type="checkbox"/> 患者様の透析実施日時は確定しています（発症日または検体採取日から7日目までが基本となります）。 <input type="checkbox"/> 患者様は運転手の介助なく搬送車に乗車できます。 <input type="checkbox"/> 配車時間の確定は、搬送日前日の19～20時になることを承知しています。また患者様への伝達は医療機関が行います。 ※以下内容は必ず医療機関より患者様へ確認の上、チェックをお願いします。					
<input type="checkbox"/> 当日の運転手より直接患者様へお電話する場合があります。 <input type="checkbox"/> 医療機関より本サービスを申し込むこと（患者様が保健所に依頼すると二重手配になります）。 <input type="checkbox"/> 運転手は介助を行わないこと。同乗者の有無を確認すること（同乗者有の場合は、「12.特記事項」にその旨を記載してください。）。車椅子対応の車両ではないこと。					
本申込書メール送付先 trp_desk@p-venue.co.jp （東京都新型コロナ透析患者搬送受付） ※利用希望日の前日13時締切 メール確認後、受理番号をお知らせします。送信後24時間以内に返信がない場合はお電話にてお知らせください。 TEL:090-5961-5242/080-7815-4021					

維持透析医療機関患者搬送サービス利用申込書				提出日： 月 日			
【貴医療機関情報】							
1. 医療機関名	透析クリニック			2. 発症日	2022	年	7 月 5 日
3. 利用希望日時（1回目） ※基本搬送時間は9～20時になります	病院到着日時：	7 月 7 日	（ 木 ）	9 時 0 分			
	病院迎車日時：	7 月 7 日	（ 木 ）	11 時 30 分			
利用希望日時（2回目） ※基本搬送時間は9～20時になります	病院到着日時：	7 月 9 日	（ 土 ）	9 時 0 分			
	病院迎車日時：	7 月 9 日	（ 土 ）	11 時 30 分			
利用希望日時（3回目） ※基本搬送時間は9～20時になります	病院到着日時：	7 月 11 日	（ 月 ）	9 時 0 分			
	病院迎車日時：	7 月 11 日	（ 月 ）	11 時 30 分			
利用希望日時（4回目） ※基本搬送時間は9～20時になります	病院到着日時：	月 日	（ ）	時 分			
	病院迎車日時：	月 日	（ ）	時 分			
利用希望日時（5回目） ※基本搬送時間は9～20時になります	病院到着日時：	月 日	（ ）	時 分			
	病院迎車日時：	月 日	（ ）	時 分			
4. 住所	〒 1 5 7 - 0 0 6 6 ※建物名がある場合記入ください。 東京都 世田谷区 成城3丁目 4-5 透析タワー903						
5. 担当者名	フリガナ	トウセキ タロウ					
	氏名	透析 太郎					
6. 電話番号	TEL: 090-●●●●-1234	夜間連絡先	TEL: 090-●●●●-1234				
	問合せ可能時間 18 : 00 まで		問合せ可能時間 23 : 00 まで				
7. 駐車場	<input checked="" type="checkbox"/> あり（無料） <input type="checkbox"/> なし		駐車場の指定	交差点右			
【患者様情報】							
8. 患者様氏名	フリガナ	ハンソウ ハナコ			年齢	（ 78 歳 ）	
	氏名	搬送 花子			性別	（ 女 ）	
9. 住所	〒 0 5 9 - 5 5 8 8 ※建物名がある場合記入ください。 東京都 新宿区 西新宿5-5-5 トウセキハイム101						
10. 電話番号	090-●●●●-1234						
11. 緊急連絡先	フリガナ	ハンソウ ジロウ			続柄	（ 兄 ）	
	氏名	搬送 次郎			連絡先	（090-●●●●-1234）	
【特記事項】							
12. 特記事項	【例】 1. 緊急連絡先の方が同乗します。 2. 自宅からの乗車時は車椅子の方ですがご家族の方が介助されます。 3. 日曜日は休診のため月曜日の朝に配車確定時間をご連絡ください 4. 駐車場（地下）に入る前に病院にお電話ください。（地下は電波が悪いため繋がらない） ＜特記事項にご記入いただきたいこと＞ ●日本語対応が難しい場合 ●同乗者がいる場合 ●到着時、運転手から医療機関へ連絡が必要な場合 その他駐車場や患者様の出入口等について、記載するスペースが足りない場合は別途添付してください。						
13. 到着連絡	・患者様宅到着時、ドライバーからの電話			有			
	・病院到着時、ドライバーからの電話			有			
・病院到着時、病院スタッフのお迎え			有				
【ご利用にあたっての注意事項】 ※必ずご確認の上、チェックをお願いします							
<input checked="" type="checkbox"/> 患者様は都内在住の新型コロナウイルス感染症患者です。							
<input checked="" type="checkbox"/> 透析医療機関は東京都内に所在しています。							
<input checked="" type="checkbox"/> 患者様の透析実施日時は確定しています（発症日または検体採取日から7日目までが基本となります）。							
<input checked="" type="checkbox"/> 患者様は運転手の介助なく搬送車に乗車できます。							
<input checked="" type="checkbox"/> 配車時間の確定は、搬送日前日の19～20時になることを承知しています。また患者様への伝達は医療機関が行います。							
※以下内容は必ず医療機関より患者様へ確認の上、チェックをお願いします。							
<input checked="" type="checkbox"/> 当日の運転手より直接患者様へお電話する場合があります。							
<input checked="" type="checkbox"/> 医療機関より本サービスを申し込むこと（患者様が保健所に依頼すると二重手配になります）。							
<input checked="" type="checkbox"/> 運転手は介助を行わないこと。同乗者の有無を確認すること（同乗者有の場合は、「12.特記事項」にその旨を記載してください）。車椅子対応の車両ではないこと。							
本申込書メール送付先 trp_desk@p-venue.co.jp （東京都新型コロナ透析患者搬送受付） ※利用希望日の前日13時締切							
メール確認後、受理番号をお知らせします。送信後24時間以内に返信がない場合はお電話にてお知らせください。 TEL:090-5961-5242/080-7815-4021							