

搬送依頼票

利用者情報	様	男・女	歳	依頼担当者	様
依頼部署	TEL :		FAX :		

※ 利用者名は、イニシャルでもかまいません。

利 用 日	H 年 月 日 ()	迎え 時間	時 分
迎 先	病棟 階 号室		
搬 送 先	病院・施設・自宅	名 称 :	
	住所 :	TEL	

※ 搬送先到着後30分以上経過した場合、超過料金を頂く事になります。ご了承ください。

主治医 ()	同行医師・看護師：有 () 無 ()
緊急連絡先 _____	TEL _____

搬送時の留意点 特記事項	酸素使用 (有 ・ 無)	酸素流量 () <small>リットル</small>
	吸引機使用 (有 ・ 無)	感染症の有無 ()
	○ 病名 () ○ 発症時期 ()	
	○ 主症状 : _____ _____	
	○ 平常時のバイタル SPO2 () 体温 () 血圧 () 脈拍 ()	
○ 安静度 : _____ _____		
○ 特記事項 : _____ _____		

※ 当社では、看護師の要請があれば常時乗務することも可能です。(但し看護師料は、発生します)

※ 搬送時間が30分を超える場合は、看護サマリーのコピー等を当社看護師へお渡してください。

必須準備品等	見 積 料 金 明 細	
	搬 送 料 金	
	有料道路料金	
	その他 ()	
	計	