

<h1>搬送依頼書</h1>		依頼側病棟	依頼側主治医	依頼者名	受付者
		※	※	※	
受付 20 年 月 日					
搬送希望日時		※ 20 年 月 日 () 時 分 到着・出発			
氏名			男・女	T・S・H	
	注意: 電話にてお知らせください			年 月 日生	歳
住所					
注意: 電話にてお知らせください					
※家族・付き添い(続柄・同乗人数)			連絡先 注意: 電話にてお知らせください		
			電話 ()		
			携帯 ()		
※疾患(現在の状況) (理由: 入院・退院 専門治療 OPE その他) (歩行: 可・不)			※継続処置等		
※既往 (認知症 有・無)			点滴 酸素投与中 (マスク・ナザール・リザーバーマスク) 吸引 要・不要 尿道留置カテーテル その他		
※ADL: 独歩 車椅子 ストレッチャー (一部介助・全介助)					
※搬送元			※搬送先		
名称:			名称:		
住所:			住所:		
電話:			電話:		
<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 一戸建 (居室 1階・2階・ 階) <input type="checkbox"/> マンション・団地・アパート (階) <input type="checkbox"/> 施設 () ※エレベーター 有・無 ※玄関まで階段 有・無			<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 一戸建 (居室 1階・2階・ 階) <input type="checkbox"/> マンション・団地・アパート (階) <input type="checkbox"/> 施設 () ※エレベーター 有・無 ※玄関まで階段 有・無		
乗務スタッフ	・医師:	・看護師:	・運転手:		
	・救命士:	・ME:	・その他:		
※備考 (搬送の注意点、リスク)					
fax送信前にお電話にてご連絡ください ①080-7821-4655②042-655-1583 fax送付先 042-624-5496					
※印 必須記入項目でお願いいたします					