



車椅子 タクシー 予約依頼書  
 寝台

ケア移送サービスしえんた 行  
 (ケトラスしえんた)

FAX **0264-24-0830**

寝台利用の方は◆のついている項目も記入してください。

●依頼者氏名	(医療機関名・施設名)		<input type="checkbox"/> 相談員
	(ふりがな)		<input type="checkbox"/> ケアマネ
●依頼者電話番号	( )	FAX ( )	
○利用者氏名	ふりがな	歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
○利用者住所	都府町村	道	市郡
利用日	令和	年 月 日 ( )	
利用時間	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時 分	<input type="checkbox"/> 車両出発 <input type="checkbox"/> 部屋迎え
出発地 (配車場所)	名称	病棟	号室
	出入口の指定	<input type="checkbox"/> 正面玄関 <input type="checkbox"/> 休日・夜間出入口 <input type="checkbox"/> 救急出入口 <input type="checkbox"/> 職員等出入口 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <small>※指定がない場合、正面玄関を基本に出入りさせていただきます。駐車も指定された出入口付近へさせていただきます。予めご了承ください。</small>	
目的地 (搬送先)	名称	搬送口の指定	<input type="checkbox"/> 正面玄関 から <input type="checkbox"/> ( )から <input type="checkbox"/> 外来へ <input type="checkbox"/> 病棟へ
	住所	電話番号	( )
利用日の連絡先	( )	<input type="checkbox"/> 依頼者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ( )	
利用日前日の予約確認	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 希望	SMSでお知らせします。携帯番号→( )	
当日帰りの利用	<input type="checkbox"/> 利用なし (片道利用) <input type="checkbox"/> 利用あり (往復利用)	※往復利用で日が異なる場合は、それぞれの日毎に依頼書を記入して、送信してください。	
利用人数	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	名 + 同乗者	名
車椅子貸出	<input type="checkbox"/> 貸出希望無 <input type="checkbox"/> 車椅子貸出希望	<input type="checkbox"/> リクライニング車椅子貸出希望	
出発施設職員の同乗	<input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> ( ) )	<input type="checkbox"/> 無	

●必ず記入● ※未記入の場合、搬送をお断りする場合があります。

感染症の有無	<input type="checkbox"/> ウイルス性肝炎(B型・C型)・結核・梅毒・エイズ <input type="checkbox"/> MRSA・感染性胃腸炎・インフルエンザ・COVID-19 <input type="checkbox"/> 上記以外の 1類～5類感染症・指定感染症 疾患名 { }	<input type="checkbox"/> 無
--------	--	----------------------------

◆ (主症状) は必ず記入	[車内でも継続する医療処置等] <input type="checkbox"/> 酸素 ( L/分 ) <input type="checkbox"/> 利用者用意 <input type="checkbox"/> 車載酸素使用希望 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 利用者用意 <input type="checkbox"/> 車載吸引器使用希望 <input type="checkbox"/> 点滴	[主症状] [平常時のバイタル] 体温: °C 脈拍: 回/分 (整・不整) SpO2: % 血圧: /
	[傷病名]	[その他特記事項]
	[本人への病名告知] <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	

注意 ※1. 次の利用者への感染防止のため、【感染症の有無】欄は正確・確実に記入願います。

後日感染症であることが判明した場合、別途消毒料等請求いたします。

※2. 虚偽記載・記入のない項目がある場合は、移送をお断りする場合があります。

記載内容を確認後、翌営業日にFAXにて【ご予約の確認】を返信いたします。それをもって予約完了となります。