

# 搬 送 依 頼 票

フリガナ 利用 者 (患者名)		男・女	歳	利用者・ご家族連絡先
依頼部署			依頼担当者	
(TEL)		(FAX/E-mail)		

搬送年月日	年 月 日 ( 曜日)	迎え時間	午前・午後 : ( : 出発)
-------	-------------	------	--------------------

搬送元(出発地)	病棟・号室等
----------	--------

搬送先(目的地)	名称 病院 / 施設 / 自宅 / その他 (住所) (TEL) ( : 到着)
----------	--

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

搬送時の留意点	酸素使用 有 / 無	酸素流量 L/分
	吸引器使用 有 / 無	感染症の有無
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病名 _____</li> <li>・ 主症状 _____</li> <li>・ 平常時のバイタル 呼吸 ( ) 脈拍 ( ) 血圧 ( / ) 体温 ( °C) 意識レベル ( ) SPO2 ( )</li> <li>・ 特記事項: 痰吸引 ( 気管 / 口腔 / 鼻腔 ) ・ 胃ろう ・ パルーン ・ 点滴 ・ その他 _____</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 麻痺 有 ( ) / 無</li> <li>・ 気管切開 有 / 無</li> </ul>

※弊社では、看護師の要請があれば常時乗務することが可能です。(看護師要請費は有料です)  
 ※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弊社看護師へお渡しください。

搬送車搭載準備品 メインストレッチャー・スクープストレッチャー 酸素設備装置・携帯酸素・点滴スタンド 吸引器・吸引器管理資器材 バックバルブマスク・体位変換クッション 100V交流電源設備・心電図モニター・人工呼吸器	お見積金額	
	搬送料金(チャーター料)	
	設備料金(ストレッチャー・サポート・シート他)	
	看護師要請費	
	吸引器(カテーテル)	
	その他	
合計金額		