

搬 送 依 頼 票

利用者 (患者名)		男・女	歳	依頼担当者
依頼部署		TEL		緊急連絡先 TEL
				FAX

搬送年月日	年 月 日 (曜日)	迎え時間	午前・午後	時 分
搬送元(出発地)			:	出 発
搬送先(目的地)	病院 ・ 施設 ・ 自宅	名称 (病院名)		着
	住所		TEL	

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

搬送時の留意点	酸素使用 (有)・(無)	酸素流量 ()
	吸引器使用 (有)・(無)	感染症の有無 ()
	・ 病名 (心不全、脳梗塞) ・ 発症時期 ・ 主症状: 左手麻痺 (右半身は正常) ・ 気管切開 (有) (無) ・ 身体拘束 (有) (無) ・ 平常時のバイタル SPO2 () 体温 () 血圧 () 脈拍 ()	
	・ 安静度: 痰吸引 (気管・口腔・鼻腔) 胃瘻 _____ _____	
	・ 特記事項: _____ _____	

※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	お見積金額
メインストレッチャー ・ スクープストレッチャー	搬送料金(チャーター料)
酸素設備装置 ・ 携帯酸素 ・ 点滴スタンド	設備料金(ストレッチャー・サボット・シート他)
吸引器 ・ 吸引器管理資器 ・ AED	看護師 要請費
バックバルブマスク ・ 体位変換クッション	吸引器(カテーテル)
100V交流電源設備	その他
	合計金額