

搬送オーダーシート

ご依頼者(病院・企業・個人)		担当者様名		
		様		
通信用FAX番号		電話番号		
FAX		TEL		
依頼者様記入欄	搬送日時	R 年 月 日 (曜日)		
	出発場所	何処から		
	到着場所	何処まで		
	出発時間	AM・PM	時 分	出発予定
	到着時間	AM・PM	時 分	到着予定
	ご移動の手段	<input type="checkbox"/> ストレッチャー(寝台) <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 私物の車椅子 <input type="checkbox"/> その他() ※利用者様の状態に合った器材を選択してください。		
	医療行為	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 酸素(流量 ℓ) <input type="checkbox"/> 吸引 カニューラ・マスク 回/1日・1時間 ※最大6ℓまで可	<input type="checkbox"/> 輸液 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> シリンジポンプ持ち込み <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ持ち込み
	ご利用目的	<input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 精神ケア搬送 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> レジャー・買い物 <input type="checkbox"/> その他()		
	往復ご利用	<input type="checkbox"/> 有 (AM・PM : お迎え) <input type="checkbox"/> 無		
	患者様(ご利用者)氏名	様 男性・女性(歳)		
お迎え場所	病棟名 階 病棟			
同乗者様	<input type="checkbox"/> 有 名(続柄:) <input type="checkbox"/> 無 ※1~2名様まで可 <input type="checkbox"/> 現地待ち合わせ(ご連絡先)			
※ご自宅経由の搬送をご希望の方	身長 cm 体重 kg 室内へのストレッチャー搬入 可・不可	ご自宅構造 <input type="checkbox"/> 戸建て (階/階段 有・無) <input type="checkbox"/> マンション・アパート (階/階段 有・無) エレベーター 有・無		
特記事項 ご要望 ご質問				

※キャンセルされる場合は電話連絡後、チェックを入れFAXして下さい。
 なお、当日キャンセルは、キャンセル料が発生致します。

TEL 080-9891-7885

<input type="checkbox"/> オーダーをキャンセルします	
キャンセル日 /	キャンセル者名

ご予約を承りました

搬送予定料金 円