

患者搬送依頼書

ふりがな		年齢	性別	依頼者	病院 S W ・ 他
患者様名	様				様
連絡先		TEL		FAX	

※患者様名は個人情報保護等によりイニシャルで構いません。

利用日	R 年 月 日 ()	到着時間		出発時間	
迎え先	自宅・病棟		病棟	号室	
	住所			TEL	
				FAX	
送り先	自宅・病棟		病棟	号室	
	住所			TEL	
				FAX	
目的	転院・施設入所・入院・自宅看取り・コロナ・(他)				

主治医	科 Dr	TEL		内線	
医師・看護師の同行	無 ・ 有 (医師名: Dr / 看護師名: Ns)				
病名			発症時期	年 月 ごろ	

医療面緊急時連絡先					
現在の状況	JCS () ADL・麻痺 () 疼痛 (部位)				
	意識障害 呼吸困難 嘔気 嘔吐 倦怠感 腹部膨満感 不穏				
医療的な管理内容	その他:				
	コロナ (+ ・ -) 感染症 無 有 ()				
	身長	c m		体重	kg
	体温	°C		SpO2	(O2あり/RA)
	血圧	mmHg		気切	有 ・ 無
	吸引	有 (頻度) 無		人工呼吸器	有 (機種名:) 無
	酸素	有 (毎分 ℓ) 無		輸液P	有 (持参 台) 無
	点滴	有 (末梢 ・ ヘパロック ・ CV ・) 無			
	シリンジP	有 (持参 台) 無		モニター	要 ・ 無
	バルン	有 ・ 無		ミトン	要 ・ 無
チューブ類	NG PEG 他 ()				
同乗ご家族	あり 名 ・ 追走 ・ なし				



TEL (086)953-1020

FAX (086)953-1025

0120-485-020

担当者

運賃	
高速代	
障害者割引	
看護師付添料	
設備資器材使用料	
その他	
合計	