

依頼書 (FAX送信票)

ご選択ください	お見積もりを依頼 ・ ご予約を依頼
当社からのご返信方法	FAXを希望 ・ 電話を希望

☐ 介護保険はご利用いただけませんのでご了承ください



ふりがな				
ご利用者様	様	男・女	年齢	歳
ご依頼者様	お名前			事業所名
	TEL			FAX

ご希望の搬送日	月 日 ()		車内同乗者	有 ・ 無
出発	時間	:		(続柄:)
	住所または 病院・施設名	病室 (号室) ※ご自宅の場合、お部屋の階数 () 階		
到着	時間	:	ご利用形態	片道 ・ 往復
	住所または 病院・施設名	※ご自宅の場合、お部屋の階数 () 階		
移動手段	独歩 ・ ストレッチャーレンタル 車いす所持 (普通・リクライニング) ・ 車いすレンタル (普通・リクライニング)			
看護師同乗	有 ・ 無			
酸素ボンベ貸出	有 ・ 無		酸素流出量	O ₂ ℓ
車内医療行為	痰吸引	有 ・ 無	点滴	有 ・ 無
特記事項	気管切開	有 ・ 無	経鼻カテーテル挿入	有 ・ 無
	バルーン挿入	有 ・ 無	胃ろうチューブ	有 ・ 無
備考	ご依頼者様のご家族でない場合、こちらにキーパーソンのお名前 (続柄) と緊急連絡先をご記入ください			

営業時間：平日 8:30～17:30 ※時間外のお問い合わせは、翌営業日以降の対応となります。あらかじめご了承ください。