



送信先FAX番号：0742-90-1138

□部に✓を、[]部に記入いただき、FAX願います（送信状や表紙は不要です）

○ ご依頼の内容

□運行のご予約 □見積依頼のみ □その他[]

○ ご依頼主様に関して

フリガナ
お名前：[] 様

施設職員様の場合施設名：[]

ご連絡先：TEL[] FAX[]

○ 運行日時と発着地に関して

運行日：[令和 年 月 日（ ）]

出発時刻：[時 分に出発]

出発地：[]

目的地：[]

復 路： □無し（片道） □あり（往復） ありの場合時刻[時 分発]

○ ご利用になる機材に関して

当社の： □標準車椅子 □ストレッチャー □リクライニング車椅子

ご自身の：□標準車椅子 □リクライニング車椅子 □独歩・歩行介助・手押し車

○ ご乗車になる患者（ご利用者）様に関して

フリガナ
お名前：[] 様 年齢：[歳]
性別： □男性 □女性

同乗者： □あり[名] □なし（追走・目的地でお待ち）

障がい者手帳： □あり □なし □不明

連絡先（必要なら）：間柄[] 電話番号[]

○ 搬送中の医療処置に関して □以下全てなし

医療用酸素： □あり □なし [ｌ/分]

喀痰吸引： □あり □なし [□腔・鼻腔・気切] [Fr]

点滴/輸液： □あり □なし

看護師同乗： □必要 □不要 □同乗者様が対応

DNR指示： □あり □なし

他医療処置：[]

○ 搬送料金に関して

事前見積： □必要 □不要

お支払者： □本人または家族様 □ご依頼主様 □その他[]

○ 自由記入欄

[]

※お送りいただいたFAXを確認後、こちらから連絡しご依頼を確定いたします。
FAX送信だけではご依頼は確定していません。