

FAX番号 078-855-5081

搬送オーダーシート

※ウエリナ記載欄

ご依頼者 (病院・企業・個人)	担当者様名
返信用FAX番号	TEL

受付日	/
確認者	

ご依頼者様記載欄	搬送日時 年 月 日 ()						
	患者様名 フルネーム			性別	年齢	身長	体重
	ふりがな			男・女	歳	cm	kg
	出発時間 時 分		到着時間 時 分				
	出発場所			階	病棟	号室	
	到着場所						
	寝台 (ストレッチャー) ・ リクライニング車椅子 ・ 車椅子						
	<input type="checkbox"/> 同乗されるご家族様人数 最大3名 [大人 名・子供 名] <small>※看護師同乗の場合はご家族様2名まで、医師、看護師同乗の場合はご家族様1名まで可能です。 ※お子様のチャイルドシートはございませんので、必要な方は事前にご準備ください。</small>						
	<input type="checkbox"/> 看護師付き添い 必要 () 不要 ()						
	<input type="checkbox"/> 吸引器 必要 () 不要 () <small>※ドライバーは吸引が出来ませんので同乗される方が出来ない場合看護師付き添いは必須になります。</small>						
	<input type="checkbox"/> 酸素ポンペ 流量 () ℓ 最小0.5ℓ～最大15ℓまで可。						
	<input type="checkbox"/> 輸液ポンプ 持ち込み有 () 台 ・ 無 () ※車に備付けはございません。						
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 [メーカー: 製品名:] Fio2(%) <small>※車に備付けの物が無いため病院で使用している物を持ち込んでいただく必要有り。</small>						
	<input type="checkbox"/> 点滴フック (本)						
<input type="checkbox"/> 感染症 無 () 有 () () <small>※有りに○をつけた方は具体的に記載してください。</small>							

その他の特記事項

※キャンセルされる場合は電話連絡後、こちらにチェックを入れFAXして下さい。

<input type="checkbox"/> 上記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
/	

※ウエリナ記載欄

搬送予定料金

円

※交通渋滞やその他使用物品により料金に変動有り。

料金は現地到着時に現金にてお支払い下さい。

なお当日キャンセルは、キャンセル料がかかります。