

だいなら

ご依頼元病院 _____ 病院

FAX 0745-30-9031

(ご担当者様) ()様

TEL 070-3202-2020

FAX:

代表 吉村 眞太郎

【依頼書】

____月 ____日 (____)

往復 (受診 ・ 外出)

片道 (退院 ・ 転院 ・ 外出 ・ 受診)

____ : ____ 発

____ 貴院

____ : ____ 着

MSW(____)。

ご自宅・個人病院の場合はご住所もご記入下さい
ご自宅での介助員 (必要 ・ 不要)

【患者様氏名】 _____ 様 (男 ・ 女) 年齢 (____ 歳)

【病棟・病室】 _____ 階 _____ 病棟 _____ 号室 体重 (____ キロ)

【同乗者様】 有 (____ 名 続柄 _____) / 追走 / 同乗・追走とも無し

【移動手段】 (だいならにてご用意) 車椅子・リクライニング車椅子・ストレッチャー

(ご本人様・病院のを使用) 車椅子・リクライニング・歩行可能

【患者様の身体の状況】

気管切開 (有 ・ 無) 吸引 (必要 ・ 不要)

酸素 (____ ℓ : マスク・カニューレ) 在宅酸素

点滴 (CV ・ 抹消) ⇨ 当日ロック (する ・ しない)

【同乗の必要性】 要 介助員・看護師 ⇩

不要 (酸素・吸引・点滴管理・その他 _____)

【搬送中の留意点】

【概算お見積もり】

¥ _____ 前後となります

ご依頼ありがとうございます。
上記内容で承ります