

FAX 専用 予約シート

FAX : 072-638-4777

●搬送情報

搬送予定日	平成 年 月 日 (午前・午後) 時 分 (出発・到着) を予定		
フリガナ			
対象者氏名			
年齢	歳	性別	男性・女性
搬送元情報		搬送先情報	
施設等名称		施設等名称	
所在地		所在地	
階・部屋番等	階	階・部屋番等	階
駐車可否	可・不可	駐車可否	駐車可・不可
出入口の状況 (通行に支障ある点等)		出入口の状況 (通行に支障ある点等)	
施設等の担当者名		施設等の担当者名	
施設等連絡先 (TEL)		施設等連絡先 (TEL)	
対象者の症状			
移動方法	ストレッチャー・車いす・その他 ( )		
座位可否	可・不可 (※体を丸める姿勢が取れるかどうか)		
希望同乗者数	人 / 続柄: <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 施設等関係者 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
必要資器材	<input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
専門員 同行オプション	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 介護員 (ヘルパー) <input type="checkbox"/> その他 ( )		

●依頼者情報

依頼者	フリガナ		依頼日	平成 年 月 日
	氏名			
	連絡先	TEL :	FAX :	
お見積	要否	<input type="checkbox"/> 見積を希望する	<input type="checkbox"/> 見積は必要ない	
	入手方法	<input type="checkbox"/> FAX での送付を希望	<input type="checkbox"/> 郵送での送付を希望	
	送り先	FAX :	住所 :	

●その他、ご希望や注意点、メッセージ等