

患者搬送依頼書

救命救急・介護タクシー

出発  進行

FAX送信先 ▶

0269-31-1109

搬送日	令和 年 月 日 ()	依頼者	様 TEL :
搬送元 (どこから)	病院 病棟 階 (号室) (お迎え) 時 分頃	緊急時連絡先 TEL : 担当者 :	
搬送先	病院 ・ 施設 ・ 自宅 (住所 :)		
名称			TEL :

利用者名	※イニシャルで結構です 様	歳	男・女	同乗者 有・無	名
病名	病名告知 済・未				
平常時バイタルサイン	意識レベル : _____ 血圧 : _____ / _____ 体温 : _____ °C 脈拍 : _____ 回/分 (整・不整) SPO2 : (O2 : 有・無) _____ % 麻痺 : 有・無 (部位 _____) 感染症 : 有・無 (_____)				

看護師の同乗	必要・不要 必要な処置 (_____)
搬送器具	☐ ストレッチャー ☐ リクライニングストレッチャー ☐ 車いす
必要資器材	☐ 酸素 (L) ☐ 吸引器 ☐ 点滴棒 ☐ バックラック ☐ 電源 ☐

注意事項

※ 利用者様のお名前は、電話にて確認いたします。

TEL : 070-7620-0119