

FAX : 028-658-7250

ご記入日：西暦 年 月 日

「介護福祉タクシーてんとうむし」配車依頼書

1. お車をご依頼する方についての情報をご記入ください		※該当する項目に○印
お名前 (患者様名では無い)		
電話番号 ※ (携帯・固定電話)		
依頼方法 ※ (FAX・メール) → いずれかを選択してください 【弊社アドレス info@yano-taxi.co.jp】	FAX番号	
	メールアドレス	@
患者様とのお関係 ※	(ご本人・血縁者・病院関係者・介護施設関係者・ご友人・その他)	

2. ご移動の詳細についてご記入ください		※該当する項目に○印
搬送予定日 (ご利用日)	西暦 年 月 日 曜日	
搬送 (車両) の選択 ※	福祉タクシー ・ 民間救急搬送	
出発地の住所又は施設名		
目的地の住所又は施設名		
ご利用の目的 ※	入院・退院・転院・ご旅行・一時帰宅・その他【 】	
患者様移動手段 ※	車椅子・ストレッチャー・その他【 】	
患者様を除いた同乗者数	患者様を除いた同乗者数は__名です	
ご希望の付添い担当者 ※	不要・看護師・介護福祉士・ヘルパー(訪問介護員)	
必要な資器材 ※(複数回答可)	吸引器・医療用酸素・その他【 】	

3. 乗車される患者様についての情報をご記入ください						※該当する項目に○印
要介護LV	お名前	性別	ご年齢	身長	体重	
		男・女	歳	cm	kg	

★ 患者様のお身体の状態や、搬送に関し特にお伝えしたいこと、ご要望があればご記載お願いいたします ★

-----

-----

-----

いつもご利用頂きありがとうございます。ご予約承りました。

月 日 受注担当： \_\_\_\_\_

受付	予約確認	前日確認
印	印	印