

**搬送指示書 (民間搬送車する際の事前確認書 民間救急サービス&介護タクシー はやぶさ)**

**FAX : 0885-38-0389**

依頼日 (      月      日)

**目的地情報**

行き先地名 :

担当者 :

電話番号 :

その他

お迎え先の住所 :

お迎え先 :

担当者 :

ストレッチャー  
  フルリクライニング  
  リクライニング  
  本人持ち

**患者基本情報**

ふりがな :

患者氏名 :

生年月日 :

年齢 :

性別 : ♂ ・ ♀

同乗者人数

名

介助者

あり

なし

**加療内容**

① 呼吸器装着 ( 有 ・ 無 )  
 ② 酸素 ( 有 ・ 無 )      L/分  
 ③ 持続点滴 ( 有 ・ 無 )  
 ④ 抹消 ( 有 ・ 無 )

⑤ CVポート ( 有 ・ 無 )  
 ⑥ 輸液ポンプ・シリンジポンプ ( 有 ・ 無 )  
 ⑦ 吸引機 ( 有 ・ 無 ) 使用頻度

**移動日時**

実施日      月      日 (      ) 出発予定時刻 (      :      )      到着予定時間 (      :      )

**緊急対応時の連絡先**

電話番号 :

担当者 :

事前準備機材及び他の特記事項