
 **患者搬送依頼書** 

ふりがな		年齢	性別	依頼者	病院SW ・ 他
患者様名	様				様
連絡先		TEL		FAX	

※患者様名は個人情報保護等によりイニシャルで構いません。

利用日	R 年 月 日 ( )	到着時間		出発時間	
迎え先	自宅・病棟		病棟	号室	
	住所			TEL	
				FAX	
送り先	自宅・病棟		病棟	号室	
	住所			TEL	
				FAX	
目的	転院 ・ 施設入所 ・ 入院 ・ 自宅看取り ・ コロナ ・ (他 )				


主治医	科 Dr	TEL		内線	
医師・看護師の同行	無 ・ 有 (医師名：Dr / 看護師名：Ns )				
病名			発症時期	年 月 ごろ	
医療面緊急時連絡先					

<b>現 在 の 状 況</b>	JCS ( ) ADL・麻痺 ( ) 疼痛 (部位 )				
	意識障害 呼吸困難 嘔気 嘔吐 倦怠感 腹部膨満感 不穏				
	その他：				
	コロナ ( + ・ - ) 感染症 無 有 ( )				
<b>医 療 的 な 管 理 内 容</b>	身長	c m		体重	kg
	体温	℃		SpO2	( O2あり/RA )
	血圧	mmHg		気切	有 ・ 無
	吸引	有 (頻度 ) 無		人工呼吸器	有 (機種名: ) 無
	酸素	有 (毎分 l) 無		輸液P	有 (持参 台) 無
	点滴	有 (末梢 ・ ヘパロック ・ CV ・ ) 無			
	シリンジP	有 (持参 台) 無		モニター	要 ・ 無
	バルン	有 ・ 無		ミトン	要 ・ 無
	チューブ類	NG PEG 他 ( )			
	同乗ご家族	あり 名 ・ 追走 ・ なし			



TEL (086)953-1020

FAX (086)953-1025

 0120-485-020

担当者

運賃	
高速代	
障害者割引	
看護師付添料	
設備資器材使用料	
その他	
合計	