|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **患者搬送予約依頼書** | | | | | | | | | | |
| **水郷エスコート２４配車室行　*FAX０２９－３０７－４１７７***  *TEL0478-50-2929*    年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 下記のとおり、予約申込みいたしますので、ご確認の上、可否ご連絡ください。  依頼者 | | | | | | | | |
| 搬送予定日 | | 年　　　　　月　　　　日 | | | お迎え希望時刻 | | 時　　　　分 | | | |
| 行き先 | |  |  | | | |  | | | |
| お迎え病棟 | |  | | | | | | | | |
| 機材 | | レギュラー車イス　/　リクライニング車イス / | | | | | |  | □必要 | |
| 医療用酸素　（　　　　L） | | | | | |  | □必要 | |
| 吸引・吸入器/ 輸液ボンプ / シリンジポンプ /患者監視モニター | | | | | |  | □必要 | |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |  | □必要 | |
| エスコート看護師手配/ 病院医師同乗/ 病院看護師同乗 | | | | | |  | □必要 | |
| ふりがな | |  | | | | | | | | |
| 患者様名 | |  | | | | | | | | |
| 患者様情報 | | | | | | | | | | |
| ご予約確定  希望連絡方法 | | □TEL  □FAX  □E－Mail | | 連絡希望日 | | 年　　月　　日　まで | | | | |
| 支払い方法 | | □現金  □電子マネー  □未収伝表　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 備考 | |  | | | | | | | | |