|  |
| --- |
| **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 |  |