

年 月 日

依 頼 書

和歌山福祉救急移送株式会社 宛

搬送日時	年 月 日 曜日	
搬送元 出発時間	AM PM	
搬送先 到着時間	AM PM	
患者様	ふりがな 氏名	
	住所	
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 () 歳
	身長・体重・性別	身長 cm 体重 kg 男 女
	連絡可能家族	氏名 続柄 電話 ()
傷病名		
搬送方法	ストレッチャー 車椅子 (沢山の荷物を載せることが不可能) リクライニング車椅子	
搬送元	病院 階 病棟 自宅※同上記載不要 住所： 電話 ()	
搬送先	病院 階 病棟 自宅※同上記載不要 住所： 電話 ()	
同乗者	医師 (有 無) 看護師 (有 無) 家族 人	
≪弊社≫ 医師 (要) 看護師 (要) ※乗務員 (看護師以外) は医療行為は行いません。		
【搬送車内での必要機材及び処置】		
酸素： 毎分 リットル (加湿 % ・ ドライ) 吸引： 有 ・ 無		
感染症 無 ・ 有 () ※感染症は、必ずご記入ください。		
主治医	搬送元 連携担当者氏名 搬送先 連携担当者氏名	

和歌山福祉救急移送株式会社 電話 073-464-3930

FAX 073-464-3931