



TEL : 0742-51-1983 FAX : 0742-90-1138

## ○ ご依頼主様に関して

病院・施設名：（ ）様 ご担当者名：（ ）  
SW NS CM CW その他（ ）  
ご連絡先：TEL（ ） FAX（ ）

## ○ 運行日時と発着地に関して

運行日： 令和 年 月 日（ ） 時刻  
出発地： ご依頼元 その他（ ） : 発着  
目的地： ご依頼元 その他（ ） : 着  
復路： 無し（片道） あり（往復）

## ○ 機材に関して

当社の： 標準車椅子 ストレッチャー リクライニング車椅子  
ご自身の：標準車椅子 リクライニング車椅子 独歩・歩行介助・手押し車

## ○ 患者（ご利用者）様に関して

お名前：（ ）様 年齢：（ ）歳 性別：男性 女性  
同乗者：あり（ ）名 なし（追走・目的地でお待ち）  
障がい者手帳：あり なし  
お迎え先病棟等：（ ）  
連絡先（必要なら）：間柄（ ）電話番号（ ）

## ○ 搬送中の医療処置に関して

医療用酸素：あり なし（ ）ℓ/分  
喀痰吸引：あり なし（口腔・鼻腔・気切）（ ）Fr  
点滴/輸液：あり なし  
看護師同乗：必要 不要 同乗者様が対応  
DNR指示：あり なし  
他医療処置：（ ）

- ・看護師の同乗要否は病院・施設様の判断に従います。  
看護師が同乗しない場合、搬送中の酸素量や点滴速度の調整はできません。
- ・同乗家族様による喀痰吸引実施・酸素や点滴の管理に関しては、実施する家族様の所持資格や技量を確認願います。

## ○ 搬送料金に関して

事前見積：必要 不要  
お支払者：本人または家族様 ご依頼主様  
市役所（生活保護対象者） その他（ ）

長距離搬送（100km以上）の場合、搬送料金の上限を見積もらせて頂き、交通状況に因らず、見積もり上限料金内での搬送も可能です。  
当社HPの、[ai.care-taxi.nara.jp/](http://ai.care-taxi.nara.jp/)にてオンライン見積もりも可能です。