

利用者	氏名		性別	男・女	依頼者名	
	生年月日	年 月 日	年齢	歳	続柄	
同乗者	氏名		同乗スタッフ	有・無	氏名	
	続柄				ヘルパー・介護士・看護師	
	TEL				所属会社	
緊急連絡先	①氏名		続柄		TEL	
	②氏名		続柄		TEL	

発地名		▶▶▶	着地名	
-----	--	-----	-----	--

(出発時間 :)

(到着時間 :)

医療内容	<input type="checkbox"/> 酸素	L (マスク・カヌラ・他) 酸素ポンベの持参 有・無 (300L/500L)	
	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引	Fr 吸引チューブ・吸引器の持参 有・無	
	<input type="checkbox"/> 留置バルーン	Fr. cc固定 最終破棄時間 (:) と尿量 (ml)	
	<input type="checkbox"/> 点滴 (刺入部位)	<input type="checkbox"/> 自然滴下 <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> シリンジポンプ <input type="checkbox"/> その他	内容
	<input type="checkbox"/> その他		

【病歴】

主な病気	発症年月	主な病気	発症年月

【主治医】

病院	
住所	
TEL	
主治医	

内服薬 有・無 朝前 朝後 食間 昼前 昼後 食間 夕前 夕後 眠前

認知 有・無

【生活機能】

ADL	食事	自立・一部介助・全介助
	排泄	自立・一部介助・全介助 便意 有・無 尿意 有・無
	移動	歩行・車椅子・リクライニング・ストレッチャー
起居動作	起き上がり	自立・見守り・一部自立・全介助
	座位	自立・見守り・一部自立・全介助
	立ち上がり	自立・見守り・一部自立・全介助
	立位	自立・見守り・一部自立・全介助

【持参物】

- ・保険証 有・無
- ・カバン 個
- ・手提げ袋 個
- ・段ボール 個
- ・
- ・

※移動中お食事・おやつなど必要な場合はご用意下さい。

●搬送スタッフに伝えておきたいことあればご記入下さい

搬送中、体調が悪くなられた場合、ご家族・主治医に連絡を取り対処を行います。故意または過失による場合を除き、搬送関係者は責任を負いません。

上記に対して同意いたします。 年 月 日 氏名 続柄

