

利用者氏名				
利用日時	月	日 ()	時	分より
出発地	(病室			号室)
目的地				
送迎種類	歩行可	車椅子	リクライニング車椅子	ストレッチャー
※○で囲んでください	往復→ (TEL 連絡にて・時間指定にて・待機にて)			
	片道		→	時 分より
追加ヘルパー	居宅搬送時 (1400 円)		付き添い (3500 円/60 分)	
物品貸し出し	車椅子	リクライニング車椅子	ストレッチャー	
※○で囲んでください	抑制ベルト	点滴フック	100V 電源	

●利用者登録 (初めてのの方は記入してください)

フリガナ	生年月日	MTSH	年	月	日
利用者氏名	(男・女)				
介護度・障害等級・区分等					
住所					
連絡先					
備考 (ADL等)					送信者 (担当者) 連絡先