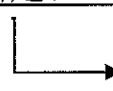


利用者氏名				
利用日時		月 日 ( )	時 分より	
出発地		(病室 号室)		
目的地				
送迎種類	歩行可	車椅子	リクライニング車椅子	ストレッチャー
※○で囲んでください 往復→ (TEL 連絡にて・ <u>時間指定にて</u> ・待機にて)				
片道		 時 分より		
追加ヘルパー	居宅搬送時 (1400 円)		付き添い (3500 円/60 分)	
物品貸し出し	車椅子	リクライニング車椅子	ストレッチャー	
※○で囲んでください 抑制ベルト 点滴フック 100V 電源				

●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	MTSHR	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	