

民間救急車 搬送依頼書



搬送期日	年 月 日 (曜日)		
患者様情報	名 前	さま 様	男・女
	生年月日	年 月 日 (歳)	
搬送元 (どこから)	病院 病棟(号室) (お迎え) 時 分頃		
搬送先 (どこまで)	病院 (搬入口) (到着予定) 時 分頃		

疾病情報	診断名	
	主な病歴等	
	搬送中に 必要な処置 (現在の病態)	(必要に応じてご担当者様へご連絡させていただきます。)

家族様 連絡先	名前		続柄	
	電話	()	—	

依頼者 (搬送元) 担当者連絡先	所属		名前	
	電話	()	—	
搬送先 担当者連絡先	所属		名前	
	電話	()	—	

※患者様の名前はイニシャルで記入ください。(後ほど、電話でお聞きいたします。)
 ※お聞きしました情報は細心の注意により取り扱います。ご理解とご協力を宜しくお願いいたします。

TEL (0749) 50-1941 (代表) / FAX (0749) 50-7816