搬　送　依　頼　書

搬送日	令和　　年　　月　　日　（　　曜日）
搬送元 搬送先 時　間	【　　病院　　病棟】⇒【　　病院】 お迎え時刻　　時　　分 ⇒ 出発時刻　　時　　分 ⇒ 到着時刻　　時　　分 搬送先のご住所（　　） 出発時刻の約１５分前に病院へ到着し引継ぎをさせていただきます。（患者様のご病態により早くなる場合があります） また、搬送先病院到着の約 10 分前、ご担当者様へ到着前連絡をさせていただきます。
患者様 お名前	（ふりがな） 性別　□男　□女 体重　　kg
生年月日	年　　月　　日　（　　歳）
診断名	
現在 病院での 医療処置	□酸素（　　ℓ　□経鼻　□中濃度　□高濃度）　□吸引（□口腔　□鼻　□気切） □点滴（□薬剤　　）　□モニター監視　□体位管理（　　位） □固定（□頸椎　□全脊柱　□けん引　□その他） □その他（　　）
搬送中に 継続する 医療処置	□酸素（　　ℓ□経鼻　□中濃度　□高濃度）　□吸引（□口腔　□鼻　□気切） □点滴（□薬剤　　）　□モニター監視　□体位管（　　位） □固定（□頸椎　□全脊柱　□けん引　□その他） □その他（　　）
その他の 情報	（患者様）　告 知　□あり　□なし　（ご家族）病気に対する理解　□あり　□なし ・身障手帳等の有無　□あり　□なし（　　） □その他（　　）

病院同乗 スタッフ	お名前		続　柄	
	連絡先	（　　）　　－		

依頼者様 （ご担当者様）	ご所属		お名前	
	連絡先	（　　）　　－		
搬送先 （ご担当者様）	ご所属		お名前	
	連絡先	（　　）　　－		

株式会社かすたねっと Customize Network
湖北・湖南 共通 受付 問合せ番号
TEL 0749-50-1941　FAX 0749-50-7816

搬送依頼・ご移動の流れ

□ ご連絡　　受付電話番号

TEL　0749 - 50 - 1941

□ご移動の日時はいつですか？
□どこ～どこへのご移動ですか？
□移動中における医療処置はありますか？

□ 仮受付　　受付 FAX 番号

FAX　0749 - 50 - 7816

裏面の搬送依頼書にご記入いただきお送りください
患者様のお名前はイニシャルで結構です。（フルネームは電話でお聞きします）

□ 受付完了　　FAX を受信後、必要に応じて患者様情報をお聞きいたします。

□ ご移動日　　病院出発の約 15 分前にお迎えに参ります。
（医療処置の内容などによりお迎え時間が早くなる場合は受付完了時にご連絡いたします）

□ ご移動　　搬送先病院へ到着する約 10 分前、ご担当者様（搬送先）へご連絡させていただきます。（その際、到着口の確認をさせていただきます）

□ ご移動完了　　必要に応じて、関係者様（搬送元のご担当者様など）へ到着の報告をさせていただきます。

□ 請求書の送付　　後日、郵送により請求書をお送りさせていただきます。
（ご移動日の当日、ご家族様などに郵送先をお聞きいたします）

※患者様のお名前はイニシャルでご記入ください。（お電話にてお聞きいたします）
※搬送が確定いたしましたら、必要に応じて患者様との面談や詳細な情報提供をお願いすることがあります。搬送元の指示による医療処置を継続し「安心」「安全」に患者様を目的地へご移動していただくため、ご理解とご協力をよろしくお願いいたします。
※本搬送依頼書により知り得た患者様の個人情報は、細心の注意により取り扱いいたします。
※ご不明な点やご不安な点がありましたらご連絡をお願いいたします。（24 時間対応）

Medical　Support　team　Japan

株式会社かすたねっと
Customize Network