

移送依頼書

依頼日 平成 年 月 日

病院名 病院



ご依頼者

FAX

移送日時	平成 年 月 日 () 時 分		
ふりがな 患者様氏名	_____ 男・女 歳		
患者様住所	_____		
連絡先	☎ _____ - _____		
出発場所	自宅	_____	病棟
	病院 施設	_____	F _____ 号室
移送先	自宅	_____	到着予定
	病院 施設	_____	:
(県外の病院など) 移送先住所	_____		
☎	_____ - _____		
移送目的	入院・退院・転院・通院・検査・一時帰宅・入園・退園 その他 ()		
患者様の 容態	[酸素]	L	[吸引機使用] 有・無
			[看護師手配] 有・無
			ご移動手段
			ストレッチャー
		車いす	
見積り	・ 距離 約 _____ km	・ 時間 約 _____	
	・ 料金 約 _____ 円 前後	・ 介護料 約 _____ 円	