

介護・福祉タクシーすみれ 予約フォーム

携帯 090-6351-6597
TEL/FAX 0742-44-7736
メール sumire.caretaxi@icloud.com
ホームページ <https://sumire-care-taxi.site>

◆ご利用予定日 月 日 曜日 (片道 / 往復)

◆出発時間 時 分発

◆発着地 発

(住所又は施設名) 着

(病院の場合) 階 病棟

(復路ご希望の場合)

出発時間 時 分発 ・ わからない

1. ご依頼者様について

お名前(ふりがな) お電話番号
FAX 番号 病院/施設の名称

2. ご乗車されるご利用者様について

お名前(ふりがな) ご依頼者との間柄
お電話番号 FAX 番号
性別 1. 男性 2. 女性 年齢 歳 体重 kg
障害者割引の有無 1. あり 2. なし 同乗人数 人

3. ご利用になる機材 (いずれかを○でお囲みください)

1. 無し 2. ご利用者様の車椅子 (ノーマル)
3. ご利用者様の車椅子 (リクライニング)
4. 当社の車椅子 (ノーマル) 5. 当社の車椅子 (リクライニング)
6. 当社のストレッチャー 7. その他 ()

5. 介助に対しての留意点やご要望がございましたら、ご記入願います。

(例) 階段等の障害物がある。乗車時医療行為を行う必要がある。
酸素吸引の有無や何し必要。点滴が必要など。

.....
.....
.....
.....