

せたックス介護タクシー ご利用申込書

FAX 03-5376-2478

ご利用者される方のお名前 <small>(フルネームをお願いします)</small>		年齢	
お申込者様のお名前 <small>(ご家族、またはご担当者様。 ご利用者様と同じ場合は記入不要です)</small>			
お電話番号 <small>(ご利用者様、またはご担当者様)</small>			
FAX番号 <small>(必要な場合のみ)</small>			
ご利用日時	平成	年	月 日 (曜日) 時 分
ご利用日時 <small>(往路日時)</small>	平成	年	月 日 (曜日) 時 分
お迎え先 (乗車場所) <small>(指定場所など要望があれば記入)</small>			
お迎え先住所・電話番号	住所	電話番号	
お送り先 (降車場所) <small>(指定場所など要望があれば記入)</small>			
お送り先住所・電話番号	住所	電話番号	
経由地 <small>(ある場合のみ記入)</small>			
ご利用目的 <small>(該当するものに○をしてください)</small>	入院 退院 転院 外来 (片道・往復) 外出* 外泊 ショートステイ その他 ()		
外出目的 <small>(*外出の場合のみ記入)</small>			
移動当日付き添い者の有無・人数 <small>(*付き添い者「無」の場合には理由をご記入ください)</small>	往路付き添い [あり 名・ なし] 復路付き添い [あり 名・ なし] 付き添い無理由 []		
移動介助サービス希望内容 <small>(チェックをお願いします)</small>	<input type="checkbox"/> 介助不要 <input type="checkbox"/> 基本介助 (1,080円～) <input type="checkbox"/> 2名体制重介助 (3,880円～) <input type="checkbox"/> 看護師 (要相談)		
移動用機材サービス希望内容 <small>(チェックをお願いします)</small>	<input type="checkbox"/> 標準車椅子 (無料) <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子 (1,940円) <input type="checkbox"/> ストレッチャー (3,880円) <input type="checkbox"/> 移動用酸素 (2,800円～) <input type="checkbox"/> 吸引器 (2,500円)		
個人所有移動機材の有無 <small>(チェックをお願いします)</small>	<input type="checkbox"/> 標準車椅子 <input type="checkbox"/> 電動車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
歩行乗車 <small>(ご希望の場合のみ記入)</small>	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 乗車後一般座席使用 <input type="checkbox"/> 乗車後車椅子 <input type="checkbox"/> 乗車後リクライニング車椅子 <input type="checkbox"/> 乗車後ストレッチャー		
その他、ご要望 <small>(連絡事項などありましたらご記入ください。)</small>			