無　料　送　迎　車　利　用　　申　請　書

毎週木曜日までに申請を

依　頼　日　　年　　月　　日（　　）

申　請　者

部　　署
事　業　所

協同病院確認欄
（医療上・経済上の判断含む）

入退院支援課	相 談 課	地域連携課

■基本情報

ふりがな 氏　　名		年齢	歳	性別	□男　□女
希望日時	月　　日（　　）　：　～　：			乗車人数	
理　　由	□入院 □退院 □転医 □一時帰宅 □施設見学 その他（　　）				
病院発の場合 行　き　先					
お迎えの場合 迎えに行くところ					
本人以外の 緊急連絡先					

■乗降 ADL

①移動	□独歩 □車イス □リクライニング車イス □ストレッチャー
②乗降中、座位を保てるか？	□自立 □介助 □全介助
③シートベルトの着脱	□自立 □介助 □全介助
④乗降の際の介助	□自立 □介助 □全介助
⑤車両から施設への移動	□自立 □介助 □全介助
⑥介助者の必要性	□な し □あ り ➡ □申請者で手配 □患者サポートセンターに依頼

■医療面について

病　　名	
認知症はありますか	□いいえ □はい：その症状
その他、配慮すべき持病はありますか？	□いいえ □はい：
車酔いはしますか	□いいえ □はい
送迎中、トイレに行く可能性は高いですか？	□いいえ □はい

2019 年 5 月作成　川崎協同病院　患者サポートセンター