

FAX 先 : 03-6800-1495 コウノトリしながわ

## 送迎介助見積り依頼書(通院・透析・転院・その他)

ご利用者氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 M・T・S 年 月 日 男・女 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 開始年月日 \_\_\_\_\_

受付日時 年 月 日

	実施日(行き)		月	日		実施日(帰り)		月	日
出 発 地	_____	到 着 地	_____	_____	出 発 地	_____	到 着 地	_____	_____
時 間		時 間			時 間		時 間		

チ	年齢 _____ 体重 _____ 身長 _____
エ	病名(詳細)
ツ	立位(とれる・とれない) 歩行(可・不可) 車いす(あり・なし・貸し出し)
ク	階段(あり 段・なし・スロープ) 付き添い(家族 _____ ・ヘルパー・なし)
箇	一人介助・二人介助(階段介助・ハンディタンカー・車椅子階段介助・その他)
所	通院・転院・退院・入所・退所・デイサービス・一時帰宅・観光・その他
	要支援・要介護度1・2・3・4・5 支援費 生活保護 透析(月水金・火木土)
	被保険者番号 <input type="checkbox"/>
	認定有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	時間料金・距離料金・介護保険(通院介助・身体介助)・身障手帳・福祉タクシー券
	使用車両(スロープ・ミニストレッチャー)・他依頼

担当ケアマネージャー

氏 名	事 業 所 名	電 話
_____	_____	_____
居宅介護支援事業所番号 <input type="checkbox"/>		

サービス実施事業者名 \_\_\_\_\_ 事業所 (担当者名) \_\_\_\_\_