

つくば介護タクシー お申込み票 (FAX 050-6875-5887)

◆お申込者様 連絡先

お申込者様名	様	事業者名 (施設・病院等)	
お電話番号 (ご連絡のつく)		FAX 番号	
ご住所	〒		
ご利用者様との ご関係	ご家族・病院・施設・居宅介護支援事業所・他 ( )		

◆ご利用者様情報

ご利用者様名	ふりがな	性別	ご年齢
	様	男 ・ 女	才
ご住所	〒		
お電話番号 (ご連絡のつく)		FAX 番号	
身長	cm	体重	kg
歩行	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 掴まれば出来る <input type="checkbox"/> 出来ない <input type="checkbox"/> 車椅子 (自走・介助) <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 その他 ( )		
移乗	寝返り <input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 出来ない / 起き上がり <input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 出来ない 車椅子への移乗 <input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 介助あれば出来る <input type="checkbox"/> 出来ない ベッドへの移乗 <input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 介助あれば出来る <input type="checkbox"/> 出来ない		
座位	<input type="checkbox"/> 保てる <input type="checkbox"/> 少し保てる <input type="checkbox"/> 保てない ( )		
意思の疎通	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 時々出来る <input type="checkbox"/> 出来ない / 認知 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立している / <input type="checkbox"/> 介助必要 ( <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ )		
点滴等	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 排尿バッグ <input type="checkbox"/> 喀痰吸引要		
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		
現症・その他 (お身体の痛み・麻痺等のご注意点)			

## ◆お申込み内容

ご利用日	年 月 日 ( ) <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復(待機 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) その他 ( )
時間	ご出発 午前・午後 時 分 → ご到着 午前・午後 時 分 その他(経由地等) ( )
お迎え先	場所 ( ) ご連絡電話番号 ( ) 住所(〒 ( )階( )号室 <input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> 団地 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 ( ) エレベータ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無( <input type="checkbox"/> ストレート階段 <input type="checkbox"/> 折り返し階段 <input type="checkbox"/> らせん階段) 段差 <input type="checkbox"/> 建物玄関( )段( )cm <input type="checkbox"/> 居室玄関( )段( )cm <input type="checkbox"/> その他( )( )段( )cm 居室内移動( <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 担架 <input type="checkbox"/> おんぶ <input type="checkbox"/> だっこ) ベッド移動 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 / 介助対応人数( )名
お送り先	場所 ( ) ご連絡電話番号 ( ) 住所(〒 ( )階( )号室 <input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> 団地 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 ( ) エレベータ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無( <input type="checkbox"/> ストレート階段 <input type="checkbox"/> 折り返し階段 <input type="checkbox"/> らせん階段) 段差 <input type="checkbox"/> 建物玄関( )段( )cm <input type="checkbox"/> 居室玄関( )段( )cm <input type="checkbox"/> その他( )( )段( )cm 居室内移動( <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 担架 <input type="checkbox"/> おんぶ <input type="checkbox"/> だっこ) ベッド移動 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 / 介助対応人数( )名
同乗者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 名)( )
荷物	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
料金支払	<input type="checkbox"/> 現地にてご利用者様、またはご家族様より手渡し <input type="checkbox"/> 福祉タクシー券( )市 <input type="checkbox"/> 銀行口座振り込み 振込依頼書送付先( ) <input type="checkbox"/> 障害者割(1割) ※介護保険はご使用出来ません。
ご要望等	