

## 介護タクシーご利用申し込み書

ご記入・ チェックをお願い致します。

ふりがな		性別	生年月日	年齢
ご利用者氏名		男・女	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	才
ご自宅の住所	〒 -			
電話番号	- -	FAX番号	- -	
ご利用日	月 日( )	移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子( <input type="checkbox"/> 電動 <input type="checkbox"/> リクライニング)	
		付き添い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )名	ご関係
ご乗車時間	時 分頃	貸出のご希望	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
			<input type="checkbox"/> 車椅子(介助用) <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 他( )	
お迎え場所	<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 病院・他( ) 介助の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )			
お迎え先住所	〒 -			
電話番号	- -	*〇〇病院・〇〇施設など名称でも構いません		
お送り場所	<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 病院・他( ) 介助の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )			
お送り先住所	〒 -			
電話番号	- -	*〇〇病院・〇〇施設など名称でも構いません		
要介護度	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		その他既往歴など	
	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			
障がい程度区分	区分 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6			
障がい者手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり *持参してください		支払方法	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 振込
<b>お客様の身体・生活状況について、簡単にお伺い致します。</b>				
麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)			
歩行	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 付き添い <input type="checkbox"/> 手引き歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 何かに掴まれば歩ける			
	<input type="checkbox"/> 少しなら歩ける( mくらい) <input type="checkbox"/> 長距離は歩けない <input type="checkbox"/> 全く歩けない			
車椅子	<input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> ヘルパーによる介助 <input type="checkbox"/> 同行者による介助 <input type="checkbox"/> 電動車椅子			
立位保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 何かに掴まればできる <input type="checkbox"/> 支えが必要 <input type="checkbox"/> できない			
座位	<input type="checkbox"/> 長時間保てる <input type="checkbox"/> 短時間なら保てる <input type="checkbox"/> 支えがあれば保てる <input type="checkbox"/> 保てない			
トイレ・排泄	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 付き添い・見守り <input type="checkbox"/> パッド交換 <input type="checkbox"/> おむつ交換			
	<input type="checkbox"/> ズボン、パンツの上げ下げが必要 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル・ストマ等			
普段は	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 夜間のみポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 収尿器			
	<input type="checkbox"/> 普通の下着 <input type="checkbox"/> リハビリパンツのみ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ+パッド <input type="checkbox"/> オムツ+パッド <input type="checkbox"/> オムツのみ			
	・尿意 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )時間毎 ・便意 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )日おき ・パッド・オムツ等交換頻度( )時間おき位 ・衣類まで失禁 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> 頻繁			
備考欄(その他ご容態・ご希望・ご要望等ございましたらご記入下さい)				

事業者様からの代理申し込みの場合はご記入ください

事業者様名

ご担当者様名

電話番号

FAX番号

お忙しい中  
ご記入いただき  
ありがとうございます。  
ました。