

まずは確認！この予約依頼書は、ケアプランによる輸送ではございません
通常のタクシーとして利用出来る介護タクシーです。
ですので行き先は制約が無いので病院等以外どこへでも行く事が出来ます。
電話予約も可能です。言語聴覚が不自由な方はこの用紙をお使いください。

ご利用者お名前 _____ 生年月日 M・T・S 年 月 日 男・女

住所 〒 _____ /

電話番号 _____ 施設からの場合は施設名 _____ /

言語聴覚が不自由な方はファックス番号必ず書いてください。FAX _____ /

ご依頼日 月 日

行き 出発地 _____ 到着地 _____ /

到着後の付き添いの有無 必要・不要 ←○を書いてください

付き添いの必要な方へ		付き添いの内容と時間を記入ください	
付き添い内容			
付き添い時間	だいたい		時間程度
帰路の輸送		必要・不要	←○を書いてください

身体の状態 チェックシート どちらかに○を入れてくださいね。

1. 立位(とれる・とれない)
2. 歩行(可能・不可能)
3. 車椅子(使用・使用しない)
4. 付き添い(家族・ヘルパー・いない)
5. 4でいないに○を入れた方 当方のヘルパーが必要ですか？(必要・いらぬ)

予約申込者 ご本人・代理 代理の方の氏名 _____ /

代理の方へ 依頼者との関係 家族・知人・介護関係者

介護関係者の方へ 差し支え無ければ結構ですので下記に必要事項を記入お願いします。

施設名もしくは事業所名 _____ 担当職 _____ /

げんきな木 介護タクシー FAX 0799-24-5664 TEL0799-22-1116

