

送迎利用の申請書

(新規) ・ 更新)

医療法人社団三思会 ひかりクリニック
院長 土田 晃 靖 殿

私は、透析治療を受けるに当たり、自己通院が極めて困難な事により、ひかりクリニックが運行する送迎を申請致します。

【患者】		令和	年	月	日
住	所				
氏	名	(印)			
連	絡	先	自宅		
			携帯		
透	析	日	月水金AM ・ 月水金PM ・ 火木土AM		

1. 同居の家族状況 (別居であっても近隣にお住まいの親族がおりましたら記載して下さい)

同居別居	続柄	氏名	年齢	仕事	運転免許	送迎可否
同・別	配偶者		歳	無・有()	有・無	可・否
同・別			歳	無・有()	有・無	可・否
同・別			歳	無・有()	有・無	可・否
同・別			歳	無・有()	有・無	可・否
同・別			歳	無・有()	有・無	可・否

※送迎可能な方がいる場合は、ご自身で通院して頂いております。(送迎対象になりません)

※タクシーやNPO渡良瀬ライフサービス等の福祉有償運送も検討して下さい。

2. 送迎運行中止時・乗車不可時の対応

○台風や降雪等、天候により送迎車を運行出来ない場合があります。

○ご自身の都合や透析時間の変更、体調が悪い時は送迎は出来ません。

※このような場合は、ご自身でタクシーやご家族等の対応が必要となります。 了承する

3. ご自身について

○送迎車(ワゴン車)に自力で乗降出来ますか 出来る 介助が必要()
(ステップが少し高い)

○乗降場所(路上)に決められた時間前(3~5分前) 出来る 介助が必要()
までに自力で待機出来ますか

○車の中で長い時間同じ姿勢のまま保てますか 出来る 出来ない
(運行ルートにより1時間以上かかる場合あり)

院 長	事務長	送迎	送迎	送迎	担 当