

患者等搬送用自動車届

事業所名 _____

種別	<input type="checkbox"/> 寝台車 / <input type="checkbox"/> 寝台・車椅子兼用車 / <input type="checkbox"/> 車椅子専用車		
車種（型式）		車両番号	
塗色		定員	人
患者等収容部分の大きさ		長さ	mm
		幅	mm
		高さ	mm
ストレッチャーの大きさ		長さ	mm
		幅	mm
		高さ	mm
ストレッチャー 固定装置	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	ストレッチャー 患者用固定ベルト	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
車椅子固定装置	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	車椅子乗降装置	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
緩衝装置	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	換気装置	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
冷暖房装置	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	通信連絡装置	
消毒実施記録表 表示位置			
積載資器材			
品名	数量	品名	数量

(その2)

車両写真

(前面)

(後面)

(その3)

車両写真

(右側面)

(左側面)