様式第９号（その１）

**患 者 等 搬 送 用 自 動 車 届**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自動車登録番号  又は車両番号 |  | | | 車種（型式） |  | | |
| 定　　員 | 名 | | | 塗　　色 |  | | |
| 患者等収容  部分の大きさ | 長さ　　　　　cm　・　幅　　　　　cm　・　高さ　　　　　cm | | | | | | |
| 車両の種別 | □寝台車　　□車椅子・寝台兼用車　　□車椅子専用車 | | | | | | |
| 車内への収容方法 | □ストレッチャー　　□リフト　　□スロープ | | | | | | |
| 車両設備 等 | | | | | | | |
| 冷暖房装置 | □有　　　□無 | | | 換気装置 | □有　　　□無 | | |
| ストレッチャー  の固定装置 | □有　　　□無 | | | 車椅子の固定装置 | □有　　　□無 | | |
| ストレッチャー  の患者用固定ベルト | □有　　　□無 | | | 車椅子の  患者用固定ベルト | □有　　　□無 | | |
| 通信装置 | □電話　□無線　□ファクシミリ　□その他( ) | | | | | | |
| 消毒票の表示位置 |  | | | | | | |
| 積載資器材 | | | | | | | |
| 呼吸管理資器材 | | 有・無 | 数量 | 消毒用資器材(車両・資器材用) | | 有・無 | 数量 |
| バックバルブマスク　※２  ポケットマスク | | □有 □無  □有 □無 |  | 噴霧消毒器  各種消毒薬 | | □有 □無  □有 □無 |  |
| 保温・搬送用資器材 | | 有・無 | 数量 | その他の資器材 | | 有・無 | 数量 |
| 敷物　※２  保温用毛布  担架  まくら　※２ | | □有 □無  □有 □無  □有 □無  □有 □無 |  | はさみ  マスク  ピンセット　※２  手袋  膿盆汚物入れ  体温計  ＡＥＤ　※１ | | □有 □無  □有 □無  □有 □無  □有 □無  □有 □無  □有 □無  □有 □無 |  |
| 創傷等保護用資器材 | | 有・無 | 数量 |
| 三角巾  ガーゼ  包帯  タオル  ばんそうこう | | □有 □無  □有 □無  □有 □無  □有 □無  □有 □無 |  |

　１　「※１」は各事業者の任意の積載とする。

２　「※２」は患者等搬送用自動車（車椅子専用）について、各事業者の任意の積載とする。

３　積載する資器材個数は、各事業者の任意とする。

様式第９号（その２）

|  |
| --- |
| **車両写真添付**  （ 前面 ）  （ 後面 ） |
| （ 右側面 ）  （ 左側面 ） |