別記様式2

患者等搬送状況報告書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (あて先)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  札幌市消防局長  届　出　者  　　　住　　所  　　　事業所名  職・氏名  　　　　年　　月中における、患者等搬送状況について下記のとおり報告いたします。  記 | | | | | | | | |
| 搬送件数 | 件 | | | 搬送人員 | | | 人 | |
| 医師同乗件数 | 件 | | | 看護師等同乗件数 | | | 件 | |
| 搬　　送　　種　　別　　状　　況 | | | | | | 左記のうち医師等同乗件数 | | |
| 医師同乗 | | 看護師同乗 |
| 病院への通院 | | 件　　　　人 | | | | 件 | | 件 |
| 病院への入院 | | 件　　　　人 | | | | 件 | | 件 |
| 病院からの退院 | | 件　　　　人 | | | | 件 | | 件 |
| 病院から病院への転院 | | 件　　　　人 | | | | 件 | | 件 |
| 老人ホーム等への送迎 | | 件　　　　人 | | | | 件 | | 件 |
| 観光等の目的による送迎 | | 件　　　　人 | | | | 件 | | 件 |
| 入浴等の福祉搬送 | | 件　　　　人 | | | | 件 | | 件 |
| 感染症等患者の搬送 | | 件　　　　人 | | | | 件 | | 件 |
| その他 | | 件　　　　人 | | | | 件 | | 件 |
| 利用者の状況 | | | | | | | | |
| 車椅子を必要とした利用者数 | | | | | 人 | | | |
| ストレッチャーを必要とした利用者数 | | | | | 人 | | | |
| 上記以外の利用者数 | | | | | 人 | | | |
| 事業者の状況 | | | | | | | | |
| 患者等搬送用自動車 | | | ストレッチャー収容可能タイプ　　　　　台 | | | | | |
| 車椅子のみ収容可能タイプ　　　　　　　台 | | | | | |
| 応急処置に必要な資器材 | | | 積載されている　　積載されていない | | | | | |
| 適任証有効期間内の乗務員数 | | | 名 | | | | | |

備　考　搬送人員については、介護者及び付添等を除いた人員とする。