

患者等搬送用自動車届

年 月 日

下田消防本部消防長 様

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						
車両への収容方法	<input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> リフト <input type="checkbox"/> スロープ						
車 種 (型式)			塗 色				
車 両 番 号			定 員		人		
患者等収容部分の 大きさ	長さ	mm	幅	mm	高さ	mm	
換気装置	有 ・ 無		冷房装置		有 ・ 無		
暖房装置	有 ・ 無		通信装置		電話・無線 ファクシミリ		
ストレッチャー等 固 定 装 置	有 ・ 無		ストレッチャーの 患者固定用ベルト		有 ・ 無		
車椅子固定装置	有 ・ 無		ストレッチャー・ 車椅子の収容台数				
ストレッチャーの 大きさ	長さ	mm	幅	mm	高さ	mm	
消毒実施記録票の 表 示 位 置							
積 載 資 器 材							
品 名		数 量		品 名		数 量	

備考 種別欄及び車両への収容方法欄は、該当項目の□欄をチェックすること。