

## 送迎希望登録届

1. 受診者氏名	(男・女) 年齢 歳
2. 住 所	
3. 連 絡 先	携帯電話 — — 固定電話 —
4. 受 診 科 目	科 (主治医名 先生)
	科 (主治医名 先生)
	科 (主治医名 先生)
5. 受 診 回 数	週 ・ 月 回程度 不定期
6. 緊急連絡先	氏 名 受診者との続柄
	携帯電話 — —
7. 希 望 曜 日	曜日 時間帯 AM ・ PM
8. 送迎車の駐車方法	自宅前に駐車 停められる ・ 停められない 停められない時の対応 ( )
9. 送迎車両への乗車等	自力で可能 ・ 付添者同乗 ・ 車椅子が必要 その他(具体的に )
10. その他 特に希望すること。	具体的に( )

※ 症状等によっては、送迎対応ができない場合がありますので、ご了承ください。

※ 送迎時間帯はおおむね10:00～15:00の間になります。

※ 送りのみの対応も可能です。

※ ご記入後は受付にご提出ください。

※ 料金は無料です。



**長野病院**

〒719-1114  
岡山県総社市金井戸150番地1  
TEL: 0866-92-2361