特定非営利活動法人通院送迎センター
『ステップ福岡』利用申込書

院　長 担当医）	氏名　　印

利用者	ふりがな 氏　名		男 女	生年月日 明・大・昭・ 年　月　日 満　才
	住　所	〒	電話＿＿＿＿＿＿＿＿ FAX　＿＿＿＿＿＿＿＿ 携帯＿＿＿＿＿＿＿＿	
	透析病院		透析病院住所・電話 〒 TEL.＿＿＿＿＿＿FAX＿＿＿＿＿＿	
緊急連絡	氏　名		男 女	続柄
	住　所	〒	電話　　― FAX　　―	

世帯状況	1. 一人暮らし　2. 夫婦二人暮らし　3. その他（　　）	
身体障害者手帳の有無	有（ 番号　　）　無	
通院の現況	1. 電車・バス　2. 家族による送迎　3その他（　　）	
送迎を希望する理由		
送迎を希望する曜日（〇で囲む）	月・水・金 火・木・土 （透析患者のみ）	自宅近くの地図 （必ず自宅近くの目標物をお書き下さい）
送迎を希望する時間（右に記入）	自宅を出る時間 時　分 病院を出る時間 時　分	
付添人の有無	有・無	
介護区分	要介護 要支援	
透析患者以外の人		
病名		