

城西名原訪問クリニック ドクターカー要請書

およびチェックリスト

Q1 国民健康保険、または社会保険などの公的医療保険に加入しており保険証等を提示できる。

A1 ☐ はい ☐ いいえ（マイナ保険証または資格確認書の提示が必要です）
(生活保護受給者の場合、行政より交通費の支給に承諾が得られるまでの間お受けできません)

Q2 寝たきりや医療機器使用中などの理由により、独歩で通院または帰宅ができない。

A2 ☐ はい ☐ いいえ（独歩可能の場合は対象外です）

病名や状態：

使用中の医療機器：☐人工呼吸器、☐気管切開、☐在宅酸素、☐その他（ ）

Q3 名古屋市内に在住または、現在入所している施設が名古屋市内にある。

A3 ☐ はい（当院から 16 km 以上はお受けできません） ☐ いいえ（可能な場合もあります）

詳細な住所：

Q4 ご自宅または入所中の施設に、当院から往診に入っても良い。

A4 ☐ はい ☐ いいえ

施設名（及び同意いただいた職員名）：（ ）

Q5 同乗いただける関係者がいる。

A5 ☐ はい ☐ いいえ

同乗者名（続柄）：（ ）

Q6 自宅（施設）前の道路幅は救急車が十分駐車でき、かつ 1 階以外の場合エレベーターが使用可能である。

A6 ☐ はい ☐ いいえ

Q7 やむを得ず当院の都合でお受けできない場合がありうることも十分理解している。

A7 ☐ はい ☐ いいえ

以上によりドクターカーの出動を要請します。

なお、保険診療の自己負担分と交通費 2 万円は遅滞なく支払うことを誓約します。

令和 年 月 日

氏名

または保証人

（続柄またはご関係）

用紙記入後は、FAX：052-890-8909 まで送信してください。原本は当日お渡しください。