

第3号様式の2（第3条第1項及び第4項）

患者等搬送用自動車届(車椅子専用)

車種(形式)		塗色	
車両番号		定員	人
患者収容部分の大きさ		長さ	cm
		幅	cm
		高さ	cm
換気装置	有・無	ストレッチャー等固定装置	有・無
暖房装置	有・無	車椅子固定装置	有・無
冷房装置	有・無	通信装置種別	電話・無線・FAX
車椅子を使用したまま確実に固定できる装置			有・無
車椅子の乗降を容易にするための装置			有・無
積載資器材			
品名	数量	品名	数量
※ バッグバルブマスク		消毒薬(種類)	
ポケットマスク		はさみ	
※ 敷物		マスク	
保温用毛布		ピンセット	
車椅子		手袋	
担架		汚物入れ(膿盆等)	
※ まくら		体温計	
三角巾		※ AED	
ガーゼ		その他	
包帯			
タオル			
ばんそうこう			
噴霧消毒器			

※ 印は、任意の積載とする。