様式第８号（第１９条関係）

患　者　等　搬　送　用　自　動　車　表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自動車の形態 | □患者等搬送用自動車 □患者等搬送用自動車（車椅子専用） | | | | | | | |
| 車種（型式） |  | | | 塗　　色 | |  | | |
| 自動車登録番号 または車両番号 |  | | | 定　　員 | | 人 | | |
| 患者等収容部分　　　の大きさ | 長　さ |  | cm | | 高さ | | cm | |
| 横　幅 |  | cm | |  | | | |
| 装置等状況 | 緩衝装置 |  | 有・無 | | 冷・暖房装置 | | 有・無 | |
| 換気装置 |  | 有・無 | | 通信・連絡装置 | | 有・無 | |
| ストレッチャーまたは車椅子固定装置 |  | 有・無 | | 車椅子等昇降装置　　　　　　※車椅子専用のみ | | 有・無 | |
| 消毒実施記録表掲示位置 | | | |  | | | |
| 積載資器材 |  | |  | |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  |

（注）この様式は，患者等搬送用自動車ごとに提出すること。

車両写真添付

（前面）

（後面）

|  |
| --- |
| 車両写真  （右側面）  （左側面） |