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） |