

様式第 26 号（第 34 関係）

患者等搬送状況報告書

年 月 日

様

事業所名

所在地

代表者職・氏名

印

当事業所の 年 月中の患者等搬送状況は、次のとおりでしたので報告します。

事業区分	<input type="checkbox"/> 患者等搬送事業 <input type="checkbox"/> 患者等搬送事業（車椅子専用）		
搬送の区分		当月	累計
合計			
搬送要請時、救急車を必要とした件数			
搬送要請者の依頼場所到着時、救急車を必要とした件数			
患者等搬送中に救急車を必要とした件数			
医師、看護師等が同乗した件数			
法定伝染病等感染症患者等を搬送した件数			
小計			
特異事案報告分	業務中、患者が死亡した件数		
	業務中、患者等が負傷した件数		
	業務中、患者等搬送用自動車が交通事故を起こした件数		
	その他の特異事案		
	小計		