

通所リハビリテーション利用者送迎規定(兼申込書)

本規定は、村上記念病院に通院する通所リハビリテーション利用者（以下：利用者）を対象に利用者居住地から村上記念病院までの送迎をサービスするものであります。

1.送迎の範囲

- (1) 村上記念病院に通院する利用者のご自宅から村上記念病院（往復）までの送迎サービスです。（途中下車はできません。）
- (2) 原則として、村上記念病院から半径約 10km 以内に居住する利用者を対象といたしますが、交通事情が悪く時間を要する地域等は、対象としない場合がありますのであらかじめご了承ください。

2.送迎の実施日

- (1) 災害および車両の故障又は運転する者の急病等が発生した場合は、送迎を行わないこともあります。
- (2) 通所リハビリテーション実施日の変更等により送迎が困難な場合は、送迎を行わないこともあります。

3.送迎サービスを申し込みされる利用者へのお願い

- (1) あらかじめ決められた時刻には、通院の準備を整えておいてください。待ち時間が長い場合は、ご乗車できないこともありますのでご了承ください。
- (2) 運転手のみの送迎サービスのため、乗降時又は運行中、介助が必要な場合は、家族又は介護士(介護保険の利用)の介助をお願いします。
- (3) 体調不良や状態が悪い場合は、付き添い者の同乗を求める場合もあります。とりあえず病院へ連絡してください。
- (4) 送迎に使用する車両は、保険加入しておりますが一般的な保険の加入です。万が一、事故が発生した場合の補償は保険で補償されている範囲とし、その他の補償はいたしかねますのでご了承ください。
- (5) 利用の開始または中止の場合は、原則として7日前までにリハビリテーション科へ連絡してください。
- (6) 本規定にない問題が生じた場合は、その都度協議の上それを決定いたします。

以上

.....きりとりせん.....
申 込 書

医療法人 新光会 村上記念病院
病 院 長 殿

私は、本規定を理解し承諾の上、送迎を利用いたしたくここに申し込みいたします。

平成 年 月 日

利 用 者 住 所 _____

利 用 者 氏 名 _____ 印 電 話 番 号 _____

保 証 人 住 所 _____

保 証 人 氏 名 _____ 印 電 話 番 号 _____