

スカイリフト iR デモ機依頼書

デモをご希望の際は、以下の項目にご記入のうえ下記までFAXして下さい
 (色付き項目は記入必須/その他は任意ですが、なるべくご記入ください)。

		ご依頼日		年 月 日	
ご依頼者	会社・施設名			氏名	
	TEL	() -	FAX	() -	
送付先	住所	〒 -		都・道府・県	市・区・町・村
				TEL	() -
	会社・施設名			氏名	
ご利用者	介護度	要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)			
	年齢	歳代	身長	cm	体重
	ベッドの端に座る動作		一人でできる ・ 介助があればできる ・ できない		
介護者	年齢	歳代	ご利用者様との続柄		
	腰痛の有無		ある ・ たまにある ・ ない		

1) スカイリフトのご使用目的は何ですか? (当てはまるものへ○をご記入下さい。複数回答可)

車いすへの移乗	洋式便器への移乗	入浴いすへの移乗	立位訓練	オムツ交換等排泄ケアに	その他 ()
---------	----------	----------	------	-------------	---------

2) スカイリフトご使用予定場所の床素材は何ですか? (当てはまるものへ○をご記入下さい。複数回答可)

フローリング	畳	クッションフロア	タイル	絨毯	その他 ()
--------	---	----------	-----	----	---------

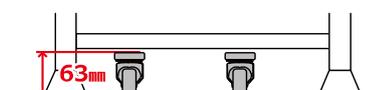
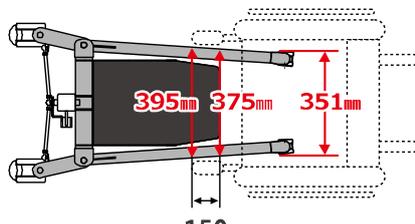
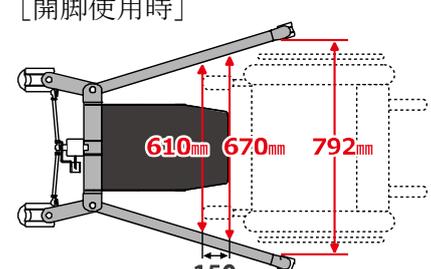
3) 試したい専用スリングシートは何ですか? (当てはまるものへ○をご記入下さい。複数回答可)

エアスリング	サポートスリング	トイレットスリング	スムースホルダー	その他
M ・ L	M ・ L			脚ベルト ・ 胸パット ・ 延長ループ

(適応サイズ目安 M: 胴回り 65~90 cm / L: 胴回り 85~110 cm)

4) 事前に、ご相談したい事項があればご記入ください (営業説明のご希望等)

【ご依頼の前に】お使いの福祉用具 (車いす・ベッド等) と適合するか、サイズをご確認ください

脚部高 [ベッド等]	脚部幅 [車いす・洋式便器・シャワーキャリー・電動車いす等]	
 高さ 65mm以上 フレームのたわみ等に留意し、必ず利用者がベッドに座った状態で計測してください。	[閉脚使用時] 	[開脚使用時] 

FAX 送信先: 086-200-1553 アイ・ソネックス(株)