

スカイリフトデモ機 貸出条件同意書

アイ・ソネックス株式会社（以下弊社）よりスカイリフトの貸出を希望されるお客様は、下記の貸出条件・規約、適合条件をよくお読みいただき、ご承諾の上でお申し込みください。お申込みいただいた時点で、貸出条件・規約に同意されたものと致します。

貸出条件

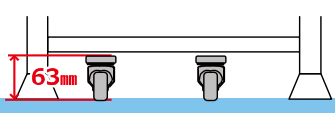
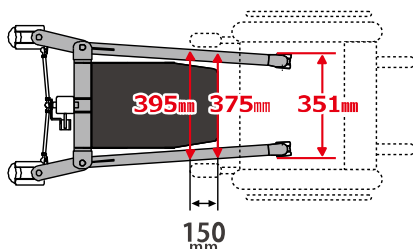
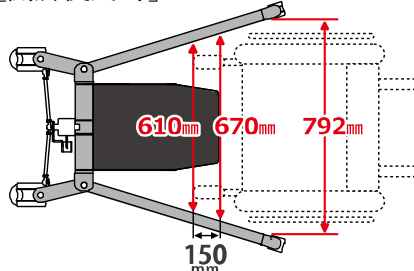
1. デモ機の数量に限りがあるため、貸出日のご希望に沿えない場合がございます。お申し込み後、弊社より貸出可能日の回答をさせていただきます。
2. 貸出期間は原則 2 週間です（運送期間含む）。期間の延長をご希望される場合は、貸出期間内にご相談ください。
3. デモ機の送料は双方元払い負担です。ご返送時の送料のみお客様にてご負担ください。また、輸送時の破損を防ぐため、弊社発送時の梱包箱（通函）にてお返しください。
4. デモ機は、ご利用者様や環境との適合性を確認するためのものです。適切な使用および保管を行ってください。
5. 返却されたデモ機がお客様の過失により、破損や紛失、不備が生じている場合は、機器価格の範囲内で、修理代または機器代金等をご負担いただく場合があります。万一、貸出中にトラブルが発生した場合は速やかに弊社へご連絡ください。
6. デモ機のご使用中に生じたお客様への損害等は、いかなる場合においても弊社では責任を負いません。ご使用に不安がある際はあらかじめ医師等専門家にご相談の上、お申し込みください。

スカイリフト iR（SL-2023） 適合条件

ご利用者様との適合

身長	145～180cm
体重	～100 kg

福祉用具との適合

脚部高 [ベッド等]	脚部幅 [車いす・洋式便器・シャワーチェア・電動車いす等]	
 高さ 65 mm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] 

- ☐ 貸出条件に同意の上、申込致します。
- ☐ 事前に対象者および環境と適合することを確認致しました。

申込日 年 月 日

組織名

氏名

印

お申込はこちら FAX：086-200-1553

スカイリフトデモ機 貸出申込書

(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		R	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		
		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	kg	
	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				
▼在宅の場合							
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-トスリング	トイレットスリング	スム-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) 弊社営業による操作方法等の説明会をご希望されますか? (当てはまるものへ○をご記入下さい)

は い (リモート環境 : 有 ・ 無)	いいえ
------------------------	-----

*説明会を実施する場合、遠隔地や日程によってはリモートによる説明会をお願いする場合がございます。

5) その他、事前にご相談したい事項があればご記入ください

--

【お問い合わせ窓口】

アイ・ソネックス㈱ デモ機係 TEL:086-200-1550

お申込はこちら FAX: 086-200-1553