

人工呼吸器

新規 中止

在宅人工呼吸療法

在宅人工呼吸療法指示書

年 月 日

病院名	診療科	医師	印
		事務	印

患者情報	フリガナ			ID No.		
	氏名	殿		性別	男	女
	生年月日	M. T. S. H	年	月	日	
	陽圧装置 設置住所					
	電話番号	() - () - ()				

指示処	呼吸モード	従量式	・コントロール	・A/C	・SIMV	・CPAP	従圧式 S・Sモード T・Tモード	
	使用設定条件	I回換気量 ml	気道内圧 cmH2O	呼吸回数 Bpm	アラーム高圧 cmH2O	吸気流速 Lpm/sec	アラーム低圧 cmH2O	
		I:E比 Ratio	分時喚起量低下 L	トリガー感度 cmH2O	使用時間 時間	呼吸回数 Bpm	吸気時間 %/sec	
		PEEP cmH2O		RS cmH2O		使用時間 時間	酸素流量 L/分	
		RC cmH2O		深呼吸 cmH2O		酸素流量 L/分	マスクタイプ	
		酸素流量 L/分					鼻マスク / フルマスク	
方	設置予定日	年	月	日	回収予定日	年	月	日
取扱業者名	〒547-0011 大阪市平野区长吉出戸7丁目12番20号 ミヤコ在宅医療サービス株式会社							
緊急連絡先	TEL 06-6776-2066 FAX 06-6776-2420							

※設置に際し医師は患者もしくはご家族に設置業者より上記情報を元に連絡が入る旨、確認願います。

特記事項	
------	--

ご記入後、お手数をお掛け致しますがFAXにてご連絡頂きます様、宜しく願い致します。

F A X 0 6 - 6 7 7 6 - 2 4 2 0