

酸素濃縮装置

新規 中止

在宅酸素療法 酸素供給装置

在宅酸素療法指示書

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 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>
	生年月日	M. T. S. H 年 月 日		
	濃縮装置設置住所			
	電話番号	() - () - ()		

指示	酸素流量	安静時	ℓ/min × 時間		
	1日につき ×時間	労作時・後	ℓ/min × 時間		
		睡眠時	ℓ/min × 時間		
処方	携帯用酸素ボンベ	要・否	ℓ/min	同調装置	要・否
	設置予定日	年 月 日	回収予定日	年 月 日	
	酸素濃縮装置	2L機	3L機	5L機	
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、宜しくお願い致します。

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