

# CPAP装置

新規

中止

持続陽圧呼吸法

## 在宅CPAP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		
	陽圧装置 設置住所			
	電話番号	( ) - ( ) - ( )		

指示処方	使用モード	CPAP	オートCPAP	BiPAP
	圧力設定	初期圧 cmH2o	下限圧 cmH2o	上限圧 cmH2o
	ランプ時間	分	FL <input type="checkbox"/> AUTOOFF <input type="checkbox"/>	SN <input type="checkbox"/>
	デレイ時間	分	マスクタイプ	
	使用時間	時間/日	鼻マスク	フルフェイス
	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、宜しくお願い致します。

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