

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	ASV
	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7-12-20 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	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1;2250点 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2;250点 遠隔モニタリング加算;218点 ASV;3750点 CPAP;960点 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算;100点
------	---

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。 2024.6改定

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