

CPAP(持続陽圧呼吸療法装置)療法の **新たなご提案** CPAPの販売・レンタルのご案内



従来保険診療でCPAPを行う場合、
月1回または2カ月に2回の通院が必要になります。

主治医の指導のもとでCPAPを個人所有すると
毎月の通院が不要に

ただし、定期的な検査や診察は病状を把握する上で必要です。



個人所有って大丈夫なの？

実績

医療機器販売・臨床検査業務を行って20年の実績で薬事法を遵守しています。

アフターサービス

導入前のご相談から、導入後のメンテナンスまできめ細やかな対応を行っています。

スペシャリスト

CPAPや睡眠検査に関するスペシャリストが在籍しており、装置や睡眠のご相談などをしっかりサポートします。

安定してCPAPを使用している方を対象にしております。

STEP

個人所有までの流れ

1 CPAPの購入を主治医と相談

2 当社に連絡し購入やレンタルについて相談

3 裏面の指示書に必要事項を記入し、
FAX(06-6973-7452)または郵送

4 当社スタッフより連絡の上、CPAP導入の打合せ

5 設置完了後、当社より主治医へ報告

ご注意 購入・レンタルをする場合は、裏面の主治医の指示書が必要になります。

価格や支払い方法については、機種による違いもありますのでお問い合わせ下さい。お見積致します。

TMS 総合医療サービス株式会社

高度医療機器管理販売・賃貸業 許可No 第N00180号

〒537-0023 大阪市東成区玉津3-11-5

お問い合わせ

06-6973-7450

FAX:06-6973-7452



総合医療サービス CPAP

検索

<http://www.tms1992.co.jp> / E-mail:info@tms1992.co.jp

持続陽圧呼吸療法装置指示書

太枠および※は必須です 新規 処方変更 ※ 平成 年 月 日

病院名		医師名	印
住所	(〒 -)		
連絡先	TEL - - FAX - -		

療	フリガナ			生年月日 (M・T・S・H)	性別
	氏名			年 月 日 歳	男・女
養	基礎疾患		合併症		AHI
	設置住所	(〒 -)			
者	連絡先	TEL - - 携帯電話 - -			

持 続 陽 圧 呼 吸 法 措 置	機種	メーカー: _____ 型式: _____ 機器シリアル番号 () ← 弊社記入欄			
	※ 使用条件	設定圧 (~) cmH2O 固定圧 () cmH2O ランプ時間・開始圧力 ()分・()cmH2O その他: _____			
	関連製品	<input type="checkbox"/> 鼻マスク (サイズ:) <input type="checkbox"/> その他マスク (種類) 種類(名前) _____ <input type="checkbox"/> 加湿器 <input type="checkbox"/> その他 ()			

注 文 書

FAX 06-6973-7452 平成 年 月 日

総合医療サービス株式会社 御中

※ 私、()は上記持続陽圧呼吸療法装置の指示書に同意し注文致します。

住所	<input type="checkbox"/> 同上	連絡先	- -
設置希望日	年 月 日 時頃	設置日	年 月 日 ← 弊社記入欄
連絡事項・備考			
設置業者	総合医療サービス株式会社 高度医療機器管理販売・賃貸業 許可No 第N00180号 〒573-0023 大阪市東成区玉津3丁目11番5号 TEL 06-6973-7450 FAX 06-6973-7452		