


持続陽圧呼吸療法装置指示書

(医療機関分・療養者分・設置事業者分)

令和 年 月 日

- 新規 医療保険
 処方変更 自費
 機種変更
 中止
 その他()

病院名						
	TEL	-	-	FAX	-	-
医師						印

療養者	フリガナ				生年月日 (M・T・S・H)	性別
	氏名				年 月 日 歳	男・女
	基礎疾患		合併症		AHI	
	設置住所	(〒 -)				
持続陽圧呼吸法措置	連絡先	TEL	-	-	携帯電話	-
	機種	メーカー名 機種名 機器S/N ()				
	使用条件	<input type="checkbox"/> オート (~)cmH ₂ O <input type="checkbox"/> ランプ機能 (有・無) <input type="checkbox"/> 固定 ()cmH ₂ O <input type="checkbox"/> ランプ時間 ()分				
設置事業者	関連製品	<input type="checkbox"/> 鼻マスク (種類: サイズ:) <input type="checkbox"/> その他マスク (種類: サイズ:) <input type="checkbox"/> 加湿器 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	設置予定日 年 月 日 時頃					
	注意事項・備考					
設置業者	 総合医療サービス株式会社 〒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 E-mail info@tms1992.co.jp					