　様式第１号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□新　規

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□継　続

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□機種変更

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□処方変更

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□中　止

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□撤　去

　　　　　　　　　　　　　　　在宅酸素療法指示書（医師用）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　　月　　日

診療科名　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 酸  素  濃  縮  器  使  用  者 | | 氏　　　　　名 | 殿　患者登録番号 | | |
| 生　年　月　日 | 年　　　　　月　　　　　日　　　（　　　　歳） | | |
| 性　　　　　別 | 男　・　女 | |  |
| 酸素濃縮器  設置等住所  電　話　番　号 |  | | |
| 酸  素  濃  縮  器 | | 機　　　　　種 | １．膜　型　　　　　　　　　２．吸着型 | | |
| 使用流量×時間 | １日につき　　　　　　ｌ／分×　　　　　　時間 | | |
| 使　用　時　間 | １日のうち　　　　　　　　　　　　　　　に使用 | | |
| 緊急用酸素ボンベ | | | 要　否 | 酸素吸入量　　　　ｌ／分×　　　　　　時間 | |
| 酸素濃縮器  設置等年月日 | | | （指示）　　　年　　月　　日　（実施）　　年　　月　　日 | | |
| 検診 | 検診のため | | 毎に来院 | | |

　注意事項　　　　　　　　　　　年　　月　　日退院予定

　　様式第１号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□新　規

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□継　続

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□機種変更

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□処方変更

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□中　止

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□撤　去

　　　　　　　　　　　　　　　在宅酸素療法指示書（患者用）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

診療科名　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 酸  素  濃  縮  器  使  用  者 | | 氏　　　　　名 | 殿　患者登録番号 | | |
| 生　年　月　日 | 年　　　　　月　　　　　日　　　（　　　　歳） | | |
| 性　　　　　別 | 男　・　女 | |  |
| 酸素濃縮器  設置等住所  電　話　番　号 |  | | |
| 酸  素  濃  縮  器 | | 機　　　　　種 | １．膜　型　　　　　　　　　２．吸着型 | | |
| 使用流量×時間 | １日につき　　　　　　ｌ／分×　　　　　　時間 | | |
| 使　用　時　間 | １日のうち　　　　　　　　　　　　　　　に使用 | | |
| 緊急用酸素ボンベ | | | 要　否 | 酸素吸入量　　　　ｌ／分×　　　　　　時間 | |
| 酸素濃縮器  設置等年月日 | | | （指示）　　　年　　月　　日　（実施）　　年　　月　　日 | | |
| 検診 | 検診のため　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　毎に来院 | | | | |

　注意事項　　　　　　　　　　　年　　月　　日退院予定

　①　本機器は酸素吸入療法のための機器であって，生命維持装置でないことを十分に承知のう　　え，本機器を使用して下さい。

　②　医師の処方及び指示に従って使用して下さい。

　③　本機器の取扱説明書に従って使用して下さい。

　④　在宅酸素療法を適正に実施するため，医師の診療を受けて下さい。