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。