

在宅持続陽圧呼吸装置指示書【販売許可書】

指示日 20 年 月 日

医療機関 記入	医療施設名	担当 医師	本指示書をもとに当該患者へのCPAP販売を許可します。  ⑩
	診療科		

販売店 記入	代理店名	担当者
-----------	------	-----

患者 記入	フリガナ 氏名	性別	生年月日	年齢	カルテNo.
		様	男・女	年 月 日	歳
	住所	〒			
		電話	[自宅]	[携帯]	[会社]
購入後の受診の目安	に一度程度	海外移住先			

医療機関 記入	現在お使いの機器	
	現在お使いの回路	マスク: _____ サイズ: _____
		チューブ: ø15mm ・ ø22mm ・ 加温チューブ (ø _____ mm)
	基本 使用 設定	【CPAP】
処方圧: _____ cmH2O		無 ・ 有 _____ 分間
		ランプ開始圧 _____ cmH2O
【APAP】		【呼気リリース】
下限圧: _____ cmH2O		レベル: _____
上限圧: _____ cmH2O		適用時間帯: _____
	治療開始圧: _____ cmH2O	
	【オートオン/オフ】	【その他】
	オートオン: 無 ・ 有 _____	( _____ )
	オートオフ: 無 ・ 有 _____	

販売店 記入	S.box・Nea			iX Auto- / XT-Auto / Transcend 3/Transcend micro			
	ランプ	ON OFF	Tランプ: _____ cmH2O / _____ 分 Iランプ: _____ cmH2O / 最大45分	ランプ	ON OFF	_____ cmH2O / _____ 分	
	呼気リリース	ON OFF	ランプのみ: R1 ・ R2 ・ R3 全治療時間: 1 ・ 2 ・ 3	呼気リリース	ON OFF	1 ・ 2 ・ 3	
	オートオン	ON ・ OFF			LowPressure	ON ・ OFF	
	マスクタイプ	A ・ B ・ C ・ ( )LPM			オートオン	ON ・ OFF ・ なし	

備考欄	
-----	--

本医療機器の購入にあたり、次の各項目に同意します。

- 本医療機器に添付される取扱説明書および添付文書に記載された使用目的および使用方法ならびに管理方法を遵守します。
- 本医療機器を医師の指示に従って使用します。
- 本医療機器は自身のみが使用し、他の者には使用させません。
- 当該機器の使用により起こり得る副作用や有害事象について説明を受け、理解しました。  
また、そのような事象が起こった場合は使用を止め、医師に相談します。
- 本医療機器の回収や改修が必要となった場合に、売主が速やかに連絡が取れるよう住所若しくは連絡先が変更となる場合は、  
売主へ速やかに新たな住所もしくは連絡先を郵送またはFAXもしくはEメールにて連絡します。
- 本医療機器に不具合が生じた場合は使用を止め、速やかに売主に報告します。
- 医師が指定した購入後の受診の目安に従って、医師の診察を対面またはオンラインにて受けます。
- 本医療機器を第三者に転売したり、転売のために第三者に提供することは、営利目的の有無にかかわらず、すべて禁止します。

署名 \_\_\_\_\_ ⑩

【医療機関控え】