

様式第2号(第4条関係)

在宅酸素療法指示書

患者	フリガナ			区分	1 新規	2 中止	
	氏名				3 機種変更	4 継続	
	生年月日	年 月 日		ID	5 再開	6 処方変更	
	性別	1 男 2 女	基礎疾患名				
	住所	〒					
処方	使用流量	労作時	ℓ/分	安静時	ℓ/分	就寝時	ℓ/分
	使用時間	時間/日		時間/日		時間/日	
	注意事項						
酸素濃縮器	メーカー名					種類	
	機種・型式					消費電力	W
	モニタリング	1 要 2 不要					
携帯用酸素ボンベ	1 要 (酸素吸入量)		ℓ/分		2 不要		
	タイプ	1 アルミボンベ	2 その他()				
液体酸素	機種						
	携帯容器	1 要 (酸素吸入量)	ℓ/分		2 不要		
開始日	[指示]	年 月 日()					
	[実施]	年 月 日()					
検診	検診のため 来院のこと。						
注意事項							

上記のとおり使用を指示したことを証明します。

年 月 日

所在地

医療機関名

医師名

印