



持続陽圧呼吸療法装置指示書（処方箋）

 新規 機種変更 消耗品交換

指示日 ○○年 ○月 ○日

レスメドAirMini用

記入例

医療機関名	○○クリニック
医師名	○○ ○○
Email	○○@○○.com

使用者	(フリガナ) 氏名	○○ ○○	生年月日	○○年 ○○月 ○○日 (○ 歳)
	設置住所	○○ ○○	性別	男性 ・ 女性
	電話	○○ ○○	Email	○○@○○.com
	疾患	睡眠時無呼吸症候群、糖尿病	AHI	49

在宅持続陽圧呼吸治療法指示事項

機器設定 項目 (√もしくは数値を記入)	本体機器	機種名	レスメド AirMini	モード	<input type="checkbox"/> CPAP (固定) [] cmH2O	
		メーカー	レスメド株式会社		<input checked="" type="checkbox"/> AutoSet [○]~[○] cmH2O	快適機能 <input type="checkbox"/> スタンダード <input type="checkbox"/> ソフト
					<input type="checkbox"/> AutoSet Fモード []~[] cmH2O	
	EPR 呼気圧力軽減	ONの場合	作動時間	<input checked="" type="checkbox"/> ON <input type="checkbox"/> OFF	<input checked="" type="checkbox"/> 全治療時間 <input type="checkbox"/> ランプのみ	
			レベル	<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 (1・2・3cmH2Oずつの呼気時圧力軽減)		
	ランプ時間	ONの場合	作動時間	<input checked="" type="checkbox"/> ON <input type="checkbox"/> OFF	<input checked="" type="checkbox"/> AUTO <input type="checkbox"/> 5分 <input type="checkbox"/> 10分 <input type="checkbox"/> 15分 <input type="checkbox"/> 20分 <input type="checkbox"/> 25分 <input type="checkbox"/> 30分 <input type="checkbox"/> 35分 <input type="checkbox"/> 40分 <input type="checkbox"/> 45分	
ランプ開始圧			[○] cmH2O			

関連製品 (√を記入)	マスク	種類	サイズ	セットアップ (専用チューブコネクタ)	加湿 (30日ごと交換、6個入/箱)	
		<input checked="" type="checkbox"/> AirFit N20(ネーザル) ※1	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L	○ (初回必須) ※2	<input checked="" type="checkbox"/> HumidX <input type="checkbox"/> HumidX Plus	□ 不要
		<input type="checkbox"/> AirFit F20(フルフェイス) ※1	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L	○ (初回必須)	<input type="checkbox"/> HumidX F20	
		<input type="checkbox"/> AirFit P10(ピロー)	○ (初回必須。S,M,Lサイズのピローマスク含む) ※2	<input type="checkbox"/> HumidX <input type="checkbox"/> HumidX Plus		
フィルタ	<input checked="" type="checkbox"/> AirMiniフィルタ (標準セット) <input type="checkbox"/> AirMini Hypoフィルタ (エアフィルタ交換は半年ごとが目安です)	※備考 AirMiniフィルタは本体に標準で装着されています。より高い過機能を求めたい場合はAirMini Hypoフィルタの選択が可能です。				

患者さんが設定できる項目	レスメドAirMiniではAirMiniアプリを使用して、患者さん自身がやランプ時間の調整やEPR(呼気圧力軽減)有効時のON/OFFの変更、スマートスタート、スマートストップが選択できる仕様になります。
--------------	--

【確認事項】私は、睡眠時無呼吸症候群の治療目的に使用するレスメド社CPAP装置とそれに関わる物品購入を申し込みます。また、当書類に記載された個人情報を、当医療施設並びに設置事業者が、診察・治療および、機器等保守点検業務にのみ利用することに同意致します。

患者さん署名 年 月 日 代理人署名 年 月 日

機器設置事業者情報 会社名 レスメド株式会社 住所 千代田区岩本町3-2-4岩本町ビル3階 電話番号 03-5829-4410	(機器設置事業者記入欄) 確認者名 機器シリアル 機器DN 機器設定日
--	---



持続陽圧呼吸療法装置指示書（処方箋）

新規 機種変更 消耗品交換

指示日 年 月 日

医療機関名	
医師名	
Email	

レスメドAirMini用

使用者	(フリガナ) 氏名		生年月日	年 月 日 (歳)		
	設置住所		性別	男性 ・ 女性		
	電話		Email			
	疾患		AHI			

在宅持続陽圧呼吸療法指示事項

機器設定 項目 (✓もしくは数 値を記入)	本体機器	機種名	レスメド AirMini		モード	<input type="checkbox"/> CPAP (固定) [] cmH2O		
		メーカー	レスメド株式会社			<input type="checkbox"/> AutoSet []~[] cmH2O	快速機能 <input type="checkbox"/> スタンダード <input type="checkbox"/> ソフト	
						<input type="checkbox"/> AutoSet Fモード []~[] cmH2O		
	EPR 呼気圧力軽減	ONの場合	作動時間	<input type="checkbox"/> 全治療時間 <input type="checkbox"/> ランプのみ				
			レベル	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 (1・2・3cmH2Oずつの呼気時圧力軽減)				
	ランプ時間	ONの場合	作動時間	<input type="checkbox"/> AUTO <input type="checkbox"/> 5分 <input type="checkbox"/> 10分 <input type="checkbox"/> 15分 <input type="checkbox"/> 20分 <input type="checkbox"/> 25分 <input type="checkbox"/> 30分 <input type="checkbox"/> 35分 <input type="checkbox"/> 40分 <input type="checkbox"/> 45分				
ランプ開始圧			[] cmH2O					
			<input type="checkbox"/> ON <input type="checkbox"/> OFF					

関連製品 (✓を記入)	マスク	種類	サイズ	セットアップ (専用チューブコネクタ)	加湿 (30日ごと交換、6個入/箱)	
		<input type="checkbox"/> AirFit N20(ネーザル) ※1	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> (初回必須) ※2		<input type="checkbox"/> HumidX <input type="checkbox"/> HumidX Plus
		<input type="checkbox"/> AirFit F20(フルフェイス) ※1	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> (初回必須)		<input type="checkbox"/> HumidX F20
		<input type="checkbox"/> AirFit P10(ピロー)	<input type="checkbox"/> (初回必須。S,M,Lサイズのピローマスク含む) ※2	<input type="checkbox"/> HumidX <input type="checkbox"/> HumidX Plus		<input type="checkbox"/> 不要
		≪備考≫ ※1 N20、F20マスクはマグネットクリップを採用しております。必ず医療機器添付文書の禁忌・禁止欄、警告欄、及び使用上の注意欄（併用禁忌・併用注意）をご確認ください。禁忌・禁止に該当する患者さんには処方しないで下さい。 ※2 N20、P10セットアップ（専用チューブコネクタ）には、マスクタイプ専用チューブとお試しのHumidX、HumidX Plusが各1個含まれております。HumidXはAirMiniと併用できる加湿フィルタで、HumidX Plusはより乾燥した環境で使用できる加湿フィルタです。				
	フィルタ	<input type="checkbox"/> AirMiniフィルタ (標準セット) <input type="checkbox"/> AirMini Hypoフィルタ (エアフィルタ交換は半年ごとが目安です)		≪備考≫AirMiniフィルタは本体に標準で装着されています。より高いろ過機能を求めたい場合はAirMini Hypoフィルタの選択が可能です。		

患者さんが設定 できる項目	レスメドAirMiniではAirMiniアプリを使用して、患者さん自身がやランプ時間の調整やEPR(呼気圧力軽減) 有効時のON/OFFの変更、スマートスタート、スマートストップが選択できる仕様になります。
------------------	---

【確認事項】私は、睡眠時無呼吸症候群の治療目的に使用するレスメド社CPAP装置とそれに関わる物品購入を申し込みます。また、当書類に記載された個人情報、当医療施設並びに設置事業者が、診察・治療および、機器等保守点検業務にのみ利用することに同意致します。
患者さん署名 年 月 日 代理人署名 年 月 日

機器設置事業者情報 会社名 レスメド株式会社 住所 千代田区岩本町3-2-4岩本町ビル3階 電話番号 03-5829-4410	(機器設置事業者記入欄) 確認者名 機器シリアル 機器DN 機器設定日
--	---