



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

記入例

AirSense11

		医療機関名	〇〇クリニック		
		医師名	〇〇 〇〇		
		Email	〇〇@〇〇.com		
使用者	(フリガナ) 氏名	〇 〇		生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日 (〇 歳)
	設置住所	〇 〇 〇		性別	男性 ・ 女性
	電話	〇 〇		Email	〇〇@〇〇.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	AirSense 11		モード	<input type="checkbox"/> CPAP (固定) [] cmH2O <input checked="" type="checkbox"/> AutoSet [〇] ~ [〇] cmH2O		<input type="checkbox"/> スタンダード	<input checked="" type="checkbox"/> ソフト
		メーカー	レスメド株式会社			<input type="checkbox"/> AutoSet Fモード [] ~ [] cmH2O			
		EPR 呼吸圧力軽減	<input checked="" type="checkbox"/> ON <input type="checkbox"/> OFF			<input type="checkbox"/> 全治療時間 <input checked="" type="checkbox"/> ランプのみ			
	ランプ時間	ONの場合	作用時間	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 (1・2・3cmH2Oずつの呼吸時圧力軽減)					
			レベル						
		ONの場合	作用時間	<input type="checkbox"/> AUTO <input type="checkbox"/> 5分 <input type="checkbox"/> 10分 <input checked="" 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	[〇] cmH2O						

関連製品 (✓もしくは数値を記入)	種類	サイズ	備考		
			マスク	<input checked="" type="checkbox"/> AirFit N20(ネーザル) ※1 <input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <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"/> AirFit P10(ピロー)	※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。 S,M,Lサイズが1箱に同梱されてます。
加湿器	<input checked="" type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	作用設定	<input checked="" type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> マニュアル	[マニュアル]をご選択の場合の加湿度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8
加温チューブ	<input checked="" type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	作用設定	<input type="checkbox"/> Auto <input checked="" type="checkbox"/> マニュアル	[マニュアル]をご選択の場合の温度	[〇] 度 (16~30度の間で設定)
フィルタ	<input checked="" type="checkbox"/> 標準フィルタ <input type="checkbox"/> 高性能フィルタ (エアフィルタの交換目安は半年ごとです)		≪備考≫標準フィルタは本体に装着されてます。より高いろ過機能を求めたい場合は高性能フィルタの選択が可能です。		

患者さんが設定できる項目	特別な指示がない限り、ワイドビュー設定をデフォルトと致します。ワイドビュー設定では、患者さん自身がEPR、ランプを調整し、加湿器や加温チューブを接続している際の設定(マニュアル設定の場合)を変更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装置とそれに関する物品の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



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

AirSense11

医療機関名	
医師名	
Email	

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	AirSense 11		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	最適機能 <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	<input type="checkbox"/> ON <input type="checkbox"/> OFF						
		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	<input type="checkbox"/> ON <input type="checkbox"/> OFF							
	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					

関連製品 (✓もしくは数値を記入)	種類	サイズ	備考	
			マスク	<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"/> AirFit F20(フルフェイス) ※1 <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> AirFit P10(ピロー)
加湿器	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	作動設定	<input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> マニュアル	[マニュアル]をご選択の場合の加湿度 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8
加温チューブ	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	作動設定	<input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> マニュアル	[マニュアル]をご選択の場合の温度 []度 (16~30度の間で設定)
フィルタ	<input type="checkbox"/> 標準フィルタ <input type="checkbox"/> 高性能フィルタ (エアフィルタの交換目安は半年ごとです)		≪備考≫標準フィルタは本体に装着されてます。より高いろ過機能を求めたい場合は高性能フィルタの選択が可能です。	

患者さんが設定できる項目	特別な指示がない限り、ワイドビュー設定をデフォルトと致します。ワイドビュー設定では、患者さん自身がEPR、ランプを調整し、加湿器や加温チューブを接続している際の設定(マニュアル設定の場合)を変更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装置とそれに関する物品の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
--	---