

在宅酸素療法 個別契約書 兼 指示書

新規設置
 再開
 機種変更
 追加機器
 処方変更
処方中止() その他()

施設名				医師	印
	Tel: Fax: 診療科			事務担当	印
受注者	株式会社アディック (TEL:0120-403-352)		指示日	年 月 日	

使用患者情報	フリガナ				ID		
	氏名						
	生年月日	M・T・S・H	年	月	日	性別	男 ・ 女
	疾患名						
	使用患者住所	〒	TEL:		<input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 独居		
	上記以外の設置場所	住所	TEL:				
	第2連絡先	氏名	続柄()		TEL:		

指示・処方	酸素供給装置 酸素流量	1日につき	安静時 L/分	×	時間
			労作時 L/分	×	時間
			睡眠時 L/分	×	時間
		備考			
	携帯用酸素ボンベ	要 ・ 否	酸素流量	L/分	
	呼吸同調式デマンドバルブ	要 ・ 否	型式 ()		
	酸素供給器具	<input type="checkbox"/> 鼻孔カニューラ <input type="checkbox"/> フェイスマスク <input type="checkbox"/> リザーバーバック付きフェイスマスク <input type="checkbox"/> その他()			
	定期点検訪問周期	<input type="checkbox"/> 月2回 <input type="checkbox"/> 月1回 <input type="checkbox"/> 2ヶ月毎 <input type="checkbox"/> 3ヶ月毎 <input type="checkbox"/> 不要 (法定点検のみ)			
インシュランスサービス	<input type="checkbox"/> 委任する <input type="checkbox"/> 委任しない (※インシュランスサービス…24時間緊急対応等)				
機器設置希望日	年 月 日				
その他オプション	<input type="checkbox"/> 有り() <input type="checkbox"/> 無し ①Dマネジメントプログラム() ②パルスオキシメーター ③歩数計 ④呼吸筋訓練器 ⑤緊急用酸素ボンベ ⑥手押し四輪カート ⑦追加酸素濃縮装置(施設、職場、学校等)				

【個別契約価格 詳細】

契約形態	<input type="checkbox"/> レンタル <input type="checkbox"/> リース <input type="checkbox"/> 買取 <input type="checkbox"/> その他()			
酸素濃縮装置レンタル		円/月	適用欄:	
携帯用酸素ボンベ		円/月		
呼吸同調式デマンドバルブ		円/月		
在宅患者サポート委託料		円/月		
インシュアランスサービス		円/月		
その他()		円/月		
合計		円/月		
日付け:	年 月 日	営業所名:	担当者:	印

※支払方法については別紙、支払方法確認書に定めます。

※個人情報に関する事項

株式会社アディックは、当書類より知り得た患者様に関する個人情報を、機器保守サポート業務以外に使用しません。