

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

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	機種	<input type="checkbox"/> 据置型 <input type="checkbox"/> 3L <input type="checkbox"/> 5L <input type="checkbox"/> その他			機器シリアルNo.
		<input type="checkbox"/> ポータブル型(POC) <input type="checkbox"/> 3L <input type="checkbox"/> 5L			機器シリアルNo.
	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 _____			
	携帯用酸素ポンベ	要 否 _____		酸素流量 _____ L/分	
	レギュレーター	<input type="checkbox"/> 同調式()		<input type="checkbox"/> 連続式()	
	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1回 <input type="checkbox"/> 2ヶ月毎 <input type="checkbox"/> 3ヶ月毎 <input type="checkbox"/> 法定点検のみ <input type="checkbox"/>			
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				
	<input type="checkbox"/> パルスオキシメーター <input type="checkbox"/> 緊急用酸素ポンベ <input type="checkbox"/> 追加酸素濃縮装置(施設、職場、学校等) <input type="checkbox"/> その他()				

【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	
携帯用酸素ポンベ		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	
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。

①診療部門→事務部門