

在宅酸素療法機器使用指示書

使用者	住所			
	氏名		生年月日	年 月 日
種類				
メーカー名				
品名・形式				
使用開始年月日	年 月 日			
吸入量・吸入時間	ℓ / 分 ・ 時間 / 日			

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

⑩

(注) この書類は、現在通院し指示を受けている医療機関により記載してもらうこと。