

(在宅酸素療法)

HOT

旅行先の 安心サポートサービス

全国のフィリップス地域営業所と
提携業者による安心サポート。
旅行先での快適な酸素療法を
サポートします。



サービス内容

- 酸素供給装置(酸素濃縮装置、酸素ボンベなど)の貸し出し
- 宿泊先への機器の設置・回収

お申込み手順

- 1 主治医の許可を受けてください。
- 2 旅行中に必要な携帯用酸素ボンベの数量を確認ください。
- 3 宿泊先に、酸素濃縮装置・酸素ボンベの持ち込み可否を確認してください。
- 4 本紙裏面のサービス申込書にご記入ください。
- 5 ご記入頂いたサービス申込書を主治医にご提出ください。

※当サービスのお申込みは出発の“2週間前”までをお願いします。急なお申込みや、ご旅行の時期、地域の都合により、ご希望に応じられない場合もございます。あらかじめご了承ください。

■お申込み先

株式会社フィリップス・ジャパン

〒108-8507 東京都港区港南二丁目13番37号 フィリップスビル
www.philips.co.jp/healthcare

睡眠・呼吸製品のお問い合わせは地域の営業所・出張所・駐在まで
※営業所・出張所・駐在の連絡先は以下のURLで公開しています
www.philips.co.jp/SRC-Office

© 2019 Philips Japan, Ltd. 190401-PDF

●主治医記入欄

処 方	安静時	L/分 × 時間		下記の患者さんが、記載されている内容にて旅行することを了承します。 下記滞在先への機器設置をお願いします。
	労作時	L/分 × 時間		
	就寝時	L/分 × 時間		
	人工呼吸器併用時	L/分 × 時間		
濃縮器	3L ・ 5L			医療機関名
酸素ボンベ	要 ・ 不要	人工呼吸器	あり ・ なし	電 話 番 号 ()
注意事項	氏 名 (印)			

●利用者記入欄

ふりがな		性別	お電話番号	()
ご利用者名		男 ・ 女	緊急時連絡先 (携帯電話など)	()
ご住所	〒 -			
旅行の内容				
滞在期間	月 日 () AM ・ PM 時 ~ 月 日 () AM ・ PM 時まで			
滞在先住所 (機器設置場所)	〒 -			
電話番号	()	同伴者氏名	様	
ホテル・旅館 等の場合	申込者名(予約団体名)		様	
	ホテル担当者名		係 様	
交通手段	鉄道 ・ 自動車 ・ 航空機 ・ その他 ()		旅行理由	観光 ・ 帰省 ・ その他 ()
特記事項				
以下の内容に従い、酸素濃縮装置（および携帯用酸素ボンベ）を借用します。				
1. 医師の指示本装置の取扱い説明書に従って使用します。				
2. 本装置の設置場所および旅行日程を変更する場合には、その旨を速やかに連絡します。				
3. 本装置等は、善良な管理者の注意義務をもって管理します。使用後、貴社の指示に従い返却します。				
4. 使用者の責に属する理由で発生した損害については、貴社にご迷惑をおかけしません。				
5. 滞在先の天変地異等やむを得ない事情により、 貴社から手配中止の連絡があった場合はその指示に従います。				
氏 名 (印)				

●業者記入欄

基本情報			依頼内容（併用医療機器情報／滞在先でお渡しするもの等）			
患者コード						
濃縮装置	(機種名) ・ 無					
酸素ボンベ	× 本 ・ 無					
呼吸同調器	有 ・ 無					
人工呼吸器	(機種名) ・ 無		引取希望日	月 日 () AM ・ PM 時 ごろ		
依頼元	営業所	営業所	確認 ☐ チェック	依頼先 ☐ チェック	営業所	営業所
	所属長	(印)			所属長	
	担当者	(印)			担当者	
	電話				電話	
	FAX				FAX	
			☐ チェック	機器安全センター FAX. 049-229-2262		