

ID
氏名
生年月日
才
発行日

酸素濃縮装置指示書

別紙1

(業者控)

下記処方指示のとおり、期日までに
設置してください。

※新規、処方変更、中止から選択

岩手県立中央病院		所在地：盛岡市上田一丁目4番1号							
科	氏名	印		連絡先：019-653-1151					
納入業者及び緊急連絡先									
設置指定日									
処方	使用流量	流量目盛	ℓ/分	労作時	ℓ/分	安静時	ℓ/分	就寝時	ℓ/分
	使用機器	据置型酸素濃縮装置 <input type="checkbox"/> 1L <input type="checkbox"/> 3L <input type="checkbox"/> 5L <input type="checkbox"/> 7L <input type="checkbox"/> 10L その他()							
		携帯型酸素濃縮装置		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	(その他指示)			
		携帯型酸素ポンペ		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無				
		呼吸同調装置		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無				
緊急用酸素ポンペ		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無						
診察	月1回来院								
指示事項	使用中不快な症状や異常を感じた場合、平日の日中は各科外来へ 夜間・休日は救急センターへ連絡し、指示に従ってください。								
設置場所									
連絡先									
第2連絡先									
備考									

療法中止 指示年月日	年	月	日
備考			

使用上の注意事項

- ①処方内容及び指示事項は必ず守ってください。
- ②本装置等の取扱説明書に従って使用してください。
- ③本装置等が故障したとき、または設置場所を変更したい場合は速やかに当院へご連絡ください。
- ④本装置等の使用を中止したいときは、あらかじめ病院の担当医師にご連絡ください。
- ⑤以上のほか、本装置等は善良な管理者の注意義務をもって管理してください。

【据置型】酸素供給装置設置・保守点検作業報告書

医療機関名
療養者名
療養者住所 (〒) 電話

型式	
製造番号	

項目	点検項目	判定	処理
1	処方流量・稼働時間		
1	安静時		
	処方流量	計測値	L/分
	流量	計測値	L/分
	濃度	計測値	%
2	労作時		
	処方流量	計測値	L/分
	流量	計測値	L/分
	濃度	計測値	%
3	就寝時		
	処方流量	計測値	L/分
	流量	計測値	L/分
	濃度	計測値	%
4	稼働時間	計測値	h
5	積算時間	計測値	h
6	感度（設定時）	計測値	
7	充放電回数		
	本体バッテリー	計測値	回
	予備バッテリー	計測値	回
2	共通項目（酸素濃縮装置・酸素ポンペ）		
1	火気又は引火性、発火性のものから2m以上遠ざけられていること	良・否	
2	通気・換気が良好な状態を保ち、吸入時の換気について説明すること	良・否	
3	水平な場所に設置し、転倒への安全対策がされていること	良・否	
4	消火器の必要性について説明すること	良・否	
5	指定された使用環境（湿度・温度）にて使用、保管されていること	良・否	
6	療養者及び療養者に近づく人も禁煙すること	良・否	
7	酸素の特性を説明すること（強い可燃性を有し、空気より重く火気厳禁）	良・否	

次回点検予定

作業実施日	年 月 日 ()
開始時間	時 分
終了時間	時 分
作業区分	<input type="checkbox"/> 設置 <input type="checkbox"/> 定期点検 <input type="checkbox"/> 機器交換 <input type="checkbox"/> 緊急対応 <input type="checkbox"/> その他

業者名	
住所	(〒)
電話	
担当者	

項目	点検項目	判定	処理
8	緊急災害時の対応方法を療養者やご家族へ確認及び依頼すること	良・否	
9	緊急連絡先表示の確認（破損していないこと）	良・否	
3	酸素濃縮装置		
1	酸素濃縮装置は壁から15cm以上離されている（空気取入れ口、排気口の確認）	良・否	
2	酸素濃縮機はテーブルがわりに使用されていないこと	良・否	
3	電源配線に無理のないこと（蛸足配線等の防止）	良・否	
4	空気取入れ口フィルタ、ダストボックス、排気口付近の汚れ・破損が無いこと	良・否	
5	吸気フィルタの汚れ・破損の確認	良・否	
6	カニューラ・マスク 型式： 外観：	良・否	
7	延長チューブ 型式： 外観：	良・否	
8	AC/DCアダプタ 外観・動作確認	良・否	
9	バッテリー 製造No： 外観・充電・動作確認	良・否	
10	カート・バッグ 外観・動作確認	良・否	
11	取扱説明書・添付文書等の有無 破損、汚れ確認	良・否	
12	外観検査（本体・ラベル等）	良・否	

ご確認（療養者）
