

様式第2号

在宅酸素療法に係る酸素濃縮器使用指示書

使 用 者 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
使 用 者 住 所			
酸 素 濃 縮 器 の 種 類			
メ ー カ ー 名			
品 名 ・ 形 式			
使 用 開 始 時 期	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

医療機関名
医療機関所在地
医師氏名