

PATIENT INFORMATION SHEET

(患者インフォメーションシート)

※全て英文でご記入ください

Patient Name : 患者名	Date of Birth: 月 / 日 / 西暦 生年月日 _____ / _____ / _____
Address: 〒 住所	Phone: 電話番号

Marital Status: 配偶者の有無	YES / NO	Height: 身長	Weight: 体重
---------------------------	----------	---------------	---------------

Diagnosis: 病名・診断・原疾病

MD Order: 医師の指示

Enter the result of most recent test taken on or before the certification date 直近または証明日より前の検査結果	
a. _____ mm Hg	a) Arterial Blood Gas PO2 動脈血液ガス(ABG)PO2
b. _____ %	b) Oxygen Saturation Test 酸素飽和度(SaO2)
c. _____ / _____ / _____	c) Date of Test 検査日(月/日/西暦)

Was the test in Question performed? (circle-one) 検査をした日についてあてはまるもの1つに○をしてください
1 In a chronic stable state as an outpatient 外来患者として慢性安定期
2 within two days prior to discharge from an inpatient facility or 入院施設退院前2日以内
3 under other circumstances その他

Please circle one or both for order レンタルする機器に☑をしてください。	
<input type="checkbox"/> Oxygen Concentrator	<input type="checkbox"/> Portable Oxygen Tank (659L) _____ 本
<input type="checkbox"/> M4 & M6 Tank	<input type="checkbox"/> Homefill System

Enter the highest oxygen flow rate ordered for this patient この患者のこれまでの最大酸素流量 _____ LPM

Physician Signature: 担当医署名 _____	Date: 日付 _____
-------------------------------------	-------------------

Clinic/Hospital: 医療機関名

Address: 所在地

Phone: 電話番号	Fax: ファックス番号
----------------	-----------------

Specialty: 特記事項
