

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

印