

(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

# 旅行先のHOT安心サポートサービス申込書

依頼日 年 月 日

●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	
酸素ポンペ	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						
<p>以下の内容に従い、酸素濃縮装置（および携帯用酸素ポンペ）を借用します。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>医師の指示本装置の取扱い説明書に従って使用します。</li> <li>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。</li> <li>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。使用后、貴社の指示に従い返却します。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>						
						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					
	酸素ポンペ	×	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		<input type="checkbox"/> チェック 確認 <input type="checkbox"/> チェック 依頼先	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		
				<input type="checkbox"/> チェック	機器安全センター FAX. 048-654-5206		