

記入日 年 月 日

人工呼吸器関連情報(NPPV)

医療機関名

担当医師名

患者名

生年月日 T・S・H

年

月

日(

歳)

人工呼吸器機種名		
運転モード		
IPAP		
EPAP		
バックアップ回数		
Timin		
Timax		
吸気トリガー		
呼気トリガー		
ライズタイム		
フォールタイム		
開始時EPAP圧		
酸素		
マスク	種 類	鼻 ・ フルフェイス ・ ピロー ・ トータルフェイス
	メーカー	
	製品名	
	サイズ	

備考欄

医療法人財団 愛慈会

相和病院

[TEL:042-761-2332\(相談室直通\)](tel:042-761-2332)

FAX:042-763-0174(相談室直通)