

記入日 年 月 日

人工呼吸器関連情報(ASV)

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	ASVモード ・ ASV Autoモード ・ CPAPモード	
MinEPAP	cmH ₂ O	
MAXEPAP	cmH ₂ O	
PSmin	cmH ₂ O	
PSmax	cmH ₂ O	
設定圧 (CPAPモードのみ)	cmH ₂ O	
マスク	メーカー	
	製品名	
	サイズ	

その他設定項目等があれば、下記の空欄に記入をお願い致します。

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)