

記入日 年 月 日

人工呼吸器関連情報(IPPV)

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	
換気モード	
一回換気量 or 吸気圧	
吸気時間	
呼吸回数	
プレッシャーサポート	
PEEP	
トリガ感度	
酸素濃度	
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)