

在宅医療機器 貸出・返却票

貸出日	〇〇年 〇〇月 〇〇日(月)
申請者	医療機関名 〇〇〇〇クリニック
	申請者(医師)名 宗〇 〇男
	連絡先電話番号 △△-××××
医療機器	携帯型精密輸液ポンプ (アイフューザープラス) <input type="checkbox"/> P-1 <input type="checkbox"/> P-2 <input type="checkbox"/> P-3 <input type="checkbox"/> P-4 ※消耗品:専用輸液セットフィルター付き
	<input type="checkbox"/> 汎用型輸液ポンプ (テルフュージョン輸液ポンプ18型) ※消耗品:専用輸液セット
	<input checked="" type="checkbox"/> 超音波骨密度測定装置 (キャノンCM-300) ※消耗品:超音波用ゼリー、足置きシート
備考	※機器使用の際に必要な消耗品は医療機関でご準備ください。

返却日	年 月 日()									
返却者名										
受付者名										
確認事項										
携帯型精密輸液ポンプ	本体 ボースボタン	ACアダプター	アダプターコード コネクタ	汎用型輸液ポンプ	本体	点滴プローブ	超音波骨密度測定装置	本体	ゼリーホルダ	プリンタ用紙
	カセット受け口	ケース留具	ゴム足		ACアダプター	キャリーケース		ACアダプター	ローレットツマミ	装置カバー
	セルフチェック	鍵	黄ファイル		ポールクランプ	使用方法 のポイント		キャリーケース	緩衝材・緩衝材 取扱説明書	青ファイル
								黄ファイル		
備考	※貸出用バッグに連絡先一覧表を入れています。									