

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がご準備ください。

返却日	〇〇年 〇〇月 〇〇日(水)										
返却者名	宗〇 〇男										
受付者名	医師会 花子										
確認事項											
携帯型精密輸液ポンプ	本体 ボラスボタン	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	点滴ブローブ	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。										