

在宅医療機器 貸出・返却票

貸出日	年 月 日 ()
申請者	医療機関名
	申請者名
	連絡先電話番号
※貸与希望の機器を囲んでください 医療機器	患者管理無痛法用輸液ポンプ (アイフューザープラス) P-1 P-2
	患者管理無痛法用輸液ポンプPCA (クーデックエイミー)
	汎用型輸液ポンプ (テルフュージョン輸液ポンプ18型)
	超音波骨密度測定装置 (キャノンCM-300) ※緩衝材は移動時に必要となります。廃棄しないようにご注意ください
事前確認 (貸出前)	☐ 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 ☐ 貸出用バッグに連絡先一覧表が入っています ☐ 医療機器の使用法や不明な点は、医療機関が直接メーカーに問い合わせが必要です ☐ 貸出機器の備品に不足がないか確認し、貸与希望者と一緒に確認しています

返却日	年 月 日 ()
返却者名	
受付者名	
返 却 時 確 認 事 項	
☐ 本体・管理番号を確認 ☐ 付属品・数量を確認 ☐ 外観・破損・汚れ等を確認 ☐ 動作確認を実施 ☐ 必要な清掃・消毒を実施	
備 考	※返却時には、機器本体及び付属品等を貸出時の状態か別途用紙にて確認