

訪問診療

様分 (生年月日/

年

月

日)

物品請求確認書

材料	依頼日 4週間使用目安	月診療分		月診療分		月診療分	
		在庫数	請求個数	在庫数	請求個数	在庫数	請求個数
気管チューブ ()	2ヶ						
サーモベント							
気切ガーゼ	28枚						
吸引チューブ (Fr 調節孔)							
ポート針 (G mm)							
ルート ()							
テガダーム							
延長チューブ							
栄養ボトル	1ヶ						
栄養セット	4ヶ						
経管カテーテルチップ (20 ml)	4本						
経管カテーテルチップ (50 ml)							
経管カテーテルチップ (100 ml)							
ネラトンカテーテル (Fr)							
ユーシントレイキット (Fr)	2セット						
膀胱洗カテーテルチップ (50 ml)							
生食500ml (広口)							
蒸留水500ml (広口)							
オスバン500ml	1本						
エコ消エタノール500ml	1本						
ヘキザック綿棒							
ポピドンヨードスワブ							
生食20mlシリンジ							
アルウェッティーone							
<その他>							

※物品請求は、訪問診療2週間前までをお願いします。尚、新規請求物品は、納品に時間を要する場合がありますので、早めをお願いします。
 ※物品は管理料の範囲内での払い出しとなりますので最少限度をお願いします。

備考

事業所名 _____

TEL _____

FAX _____

担当者名 _____