

Hawaii Oxygen Service - Kimiyo Yamasaki

FAX: Hawaii (808) 517-3459 TEL: (808) 221-2747 E-mail: kimiyo55@hotmail.com

ハワイ在宅酸素療法 手配サービス申し込み用紙 (日本語でお申し込み者が記入)

フリカナ	生年月日		男性・女性
酸素利用者 氏名 Name	西暦	年 月 日	年齢 歳
フリカナ	〒		
自宅住所			
Address Phone No	自宅電話	FAX	Eメール
酸素手配 連絡担当者	*ご本人以外で、家族・旅行代理店などが連絡を担当する場合 氏名 電話番号 Eメール		
旅行中の 緊急連絡先	氏名	続柄	電話番号 携帯番号
フリカナ	電話番号		
病院名	FAX		
	担当医師名:		
基礎疾患名			
酸素療法・ 酸素の処方	酸素流量器 設定 <input type="checkbox"/> 安静時 リットル/分 <input type="checkbox"/> 労作時 リットル/分 <input type="checkbox"/> 睡眠時 リットル/分	酸素セーバー使用時の 設定 (○をつけてください) <input type="checkbox"/> 安静時 (1. 2. 3. 4. 5.) <input type="checkbox"/> 労作時 (1. 2. 3. 4. 5.)	
酸素使用 状況	<input type="checkbox"/> 1日中酸素療法をしている <input type="checkbox"/> 車椅子を使用中 - <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 外出時 <input type="checkbox"/> 必要な時だけ使用している <input type="checkbox"/> 飛行機内で酸素を使用する予定である <input type="checkbox"/> 夜間のみ酸素を使用している <input type="checkbox"/> 他:		
ハワイ 到着日	年 月 日	航空会社:	航空 便
		到着予定時間:	
ハワイ 出発日	年 月 日	航空会社:	航空 便
		出発予定時間:	
滞在場所	ホテル名	ホテル予約時の登録名(ローマ字で記入)	
滞在中の 連絡先	(もしあれば) 携帯番号:		
旅行タイプ	<input type="checkbox"/> 個人旅行 <input type="checkbox"/> 団体旅行-名称:		
旅行保険	<input type="checkbox"/> 加入保険 無し <input type="checkbox"/> 保険有り-名称:		

酸素機器 レンタル 内容	<input type="checkbox"/> 酸素濃縮器 _____台 (コンセントレーター) 加湿瓶 有・無	<input type="checkbox"/> 携帯用酸素タンク ※空港配達用も含めた本数を記入下さい <input type="checkbox"/> M6 タンク (170L) _____本 <input type="checkbox"/> D タンク (480L) _____本 <input type="checkbox"/> E タンク (620L) _____本 <input type="checkbox"/> タンク用のナップザック 要・不要 (M6/D タンクが入れます。無料。)
	※以下どちらかひとつをお選びください。 <input type="checkbox"/> 流量設定器(レギュレーター) _____台 *持続的に酸素が流れます <input type="checkbox"/> 酸素呼吸同調機 _____台 (サンソーバー類) *吸う時のみ酸素が流れます	
Stat Medical 社 (ハワイで の酸素機器 提供会社)	補足)レンタル機器内容に応じて付属品(延長チューブ等)が付きます(有料)。	
お届け日 場所 日時	●お届け場所: ※必ずお書きください <input type="checkbox"/> ホテルの部屋のみ届ける <input type="checkbox"/> ホテルと空港の両方に届ける ※空港配達時の本数: ●M6 タンク _____本 ●D タンク _____本 ●E タンク _____本 ●お届け日: _____年 _____月 _____日 ●ホテル アーリーチェックイン: 有り 無し ●お部屋に配達希望の時間: 午前/午後 _____に配達希望 ※必ずお書きください	
返却日 場所	_____年 _____月 _____日 <input type="checkbox"/> ホテルの部屋のみ <input type="checkbox"/> ホテルと空港	
保険給付金 申請書類の 作成	ハワイでの在宅酸素費用を日本帰国後に国民健康保険あるいは社会保険に申請することができます。書類作成の準備のため事前にお知らせ願います。 <input type="checkbox"/> 申請に必要な書類作成代行を依頼する (※別途費用\$50 追加有り) <input type="checkbox"/> 依頼しない	
旅行同行者/代表者名: その他連絡事項:		

【 申込み同意書 】

- 私はハワイで手配された酸素機器を、医師の処方指示に従い安全かつ適切な方法で使用することに同意します。
- 私は手配依頼先 Kimiyo Yamasaki と酸素機器提供会社 Stat Medical 社が、酸素機器製造者ではないこと、また機器の適切な作動や使用、メンテナンスなどに起因する何らかの欠陥に責任がないことを了解承認します。
- 私は Kimiyo Yamasaki と R Stat Medical 社 HCS 社が機器の配達サービスにおいて遅滞・中断または機器使用によるいかなる損害にも責任を負わないことを理解承認します。
- 私は酸素機器レンタルに必要な医療記録・個人情報を Kimiyo Yamasaki と Stat Medical 社に提供することを承認します。
- 私の健康状態や他のいかなる理由で申込み後にキャンセルをする場合にはキャンセル規則(出発日より2週間未満の場合キャンセル料金が発生)に従います。

同意書内容とハワイ在宅酸素療法手配サービス内容を理解し、在宅酸素機器レンタルを申し込みます。

署名: _____ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日