

患者名： _____ 様

リミティ（一般的名称：逐次型空気圧式リンパ流促進装置） 在宅適用に関する導入説明受講の確認書

担当医である私は、「リミティ（一般的名称：逐次型空気圧式リンパ流促進装置）」を以下の患者の在宅医療に適用するにあたり、機器の適正な使用に関する説明を「導入ガイドブック」に基づき説明いたしました。

西暦 年 月 日

説明者（担当医） 所属

氏名

署名欄 _____

私は、「リミティ（一般的名称：逐次型空気圧式リンパ流促進装置）」を自身の在宅医療に適用するにあたり、上記担当医より機器の適正な使用に関する十分な説明を受け、その内容を理解しました。

西暦 年 月 日

受講者（患者） 氏名

署名欄 _____