

ペースメーカー・ICD電磁波防護服導入調査票

【※重要】本書にご記入の上、FAX (0725-53-5337) ください。

この度は当社製品をご用命頂き誠にありがとうございます。製品の作業所内への導入を円滑にご提供するために、導入調査票へのご記入とご提出をお願い致します。

本書にてご提供頂いた企業情報・個人情報には当社とメーカーからのご案内、情報提供のみに使用し、第三者へ開示、譲渡する事は一切ございません事をご理解の上、ご提出をお願い致します。

【 FAX 】 0725-53-5337 【 TEL 】 0725-53-3270



MEDICAL-AID CO.,LTD. 大阪府和泉市テクノステージ3-1-11
 メディカル・エイド株式会社 いずみテクノサポートセンター
<http://www.medical-aid.co.jp/>

■お客様情報記入欄

使用者情報	ふりがな						印	
	お名前							
	性別	男	女	生年月日	西暦	年	月	日
	病院名			診療科			担当医名	
	病名			自己心拍(※1)	1.あり	2.なし	自発レート(※2)	回/分
	ご住所	<input type="text"/> - <input type="text"/> 都道府県 市・郡 区町村						
	TEL	()		FAX	()			
	E-mail	※利用可能な方のみ						

(※1)ご自身の自然脈があるかどうかです。(※2)安静時の1分間の脈拍数です。

以下のペースメーカー・ICD情報は製品を導入する際に必要です。内容はペースメーカー・ICD手帳に記載されております。ご不明の場合は担当医に記入をご依頼頂くか、手帳の該当ページのコピーを購入申込書と共に送付ください。

■ペースメーカー埋め込み者様 情報記入欄

ペースメーカー情報	製造会社		製品名		型式	
ペースメーカー設定	モード		基本レート	回/分	埋め込み日	年 月 日
A心房リード設定	電圧	V	パルス幅	ms	極性	1.Uni 2.Bi
V心室リード設定	電圧	V	パルス幅	ms	極性	1.Uni 2.Bi

■ICD埋め込み者様 情報記入欄

ICD情報	製造会社		製品名		型式	
埋め込み日	西暦 年 月 日					
post shock	モード		基本レート	回/分		
	心房	パルス振幅	ms	心室	パルス振幅	ms
		電圧	V		電圧	V
Brady pacing Parameter	AV間隔					
	モード		基本レート	回/分		
	心房	パルス振幅	ms	心室	パルス振幅	ms
		電圧	V		電圧	V
センシング感度			不応期	ms	極性	

