ID

**新型コロナ対策パルスオキシメーター貸し出しについて**

　自宅療養中の健康観察のため、**医師が必要と判断した場合にパルスオキシメーターの貸し出しを行います。**適切に使用、管理して下さい。**自宅療養期間が完了したら速やかに返却して下さい**。次に必要な患者様への貸し出しに支障がでないように御協力お願い致します。

医療機関名

確認書

１．貸し出し日：　　令和　３　 年　　　　月　　　　日

２．自宅療養者氏名：

３．電話番号：

４．使用を許可した医師名：

５．許可した理由：

６．物品番号：

※：検温等記録表を必ずつけて下さい（別紙）

※：埼玉県が作成した自宅療養の手引きも御参照下さい。

(<https://www.pref.saitama.lg.jp/documents/194775/home-recuperation-guide2.pdf>)

※：物品は所沢市・所沢市医師会の備品で、緊急事態で配布としました。

不適切な取扱いで破損した場合は弁償して頂きます。

※：返却後に適切な消毒を行い、次に必要な患者様に使用します。