

PHILIPS



在宅酸素療法を実施中の皆様へ 旅行時のHOTサポートサービスのご案内

申し込みの手順

- ① 主治医の許可を受けてください。
- ② 旅行中に必要な携帯用酸素ポンベの数量をご確認ください。
- ③ 宿泊先に、酸素濃縮装置・酸素ポンベの持ち込み可否を確認してください。
- ④ 本紙裏面のサービス申込書に必要事項をご記入ください。
- ⑤ ご記入いただいたサービス申込書を主治医にご提出ください。主治医に署名または捺印を頂いてください。
- ⑥ サービス申込書をフィリップスへ提出し、申し込み完了となります。

サービス内容

酸素濃縮器・携帯用酸素ポンベの貸し出し
宿泊先への機器の設置・回収

注意事項

酸素濃縮器・携帯用酸素ポンベ以外の
対応はいたしかねますので、あらかじめ
ご了承ください。

※当サービスのお申込みは出発の「2週間前」
までをお願いします。

※急なお申込みや、ご旅行の時期、地域の都合
により、ご希望に応じられない場合もござい
ます。

※SPフローポンベは取り扱いできない地域が
ある場合がございます。

お申し込み先

株式会社フィリップス・ジャパン

〒106-0041 東京都港区麻布台1-3-1 麻布台ヒルズ森JPタワー15階
www.philips.co.jp/healthcare



© 2025 Koninklijke Philips N.V.

記載されている製品名などの固有名称は、Koninklijke Philips N.V.またはその他の
会社の商標または登録商標です。

251222 R1-PDF

旅行時のHOTサポートサービス申込書

依頼日 年 月 日

主治医記入欄	処方	安静時	L/分 × 時間	下記の患者さんが記載されている内容にて旅行することを了承します。 下記滞在先への機器設置をお願いします。	
		労作時	L/分 × 時間		
		就寝時	L/分 × 時間		
	濃縮器	機種名 ()			医療機関名
	酸素ボンベ	<input type="checkbox"/> SPフロー付きボンベ <input type="checkbox"/> ヨークボンベ			電話番号 ()
同調器	機種名 ()		氏名		
注意事項					

利用者記入欄	ふりがな	性別	お電話番号	()	
	ご利用者名	男・女	緊急時連絡先 (携帯電話など)	()	
	ご住所	〒 -			
	旅行の内容				
	滞在期間				
	滞在先住所 (機器設置場所)	〒 -			
	電話番号	()		ふりがな	
				同伴者氏名	様
	ホテル・旅館 等の場合	ふりがな			
		申込者名(予約団体名)	様		
ふりがな					
	ホテル担当者名	係 様			
設置希望日時	月 日 () AM・PM 時ごろ	引き取り希望日時	月 日 () AM・PM 時ごろ		
交通手段	鉄道・自動車・航空機・その他()	旅行理由	観光・帰省・その他()		
特記事項					
<p>以下の内容に従い、酸素濃縮装置（および携帯用酸素ボンベ）を借用します。</p> <ol style="list-style-type: none"> 医師の指示本装置の取扱い説明書に従って使用します。 本装置の設置場所および旅行日程を変更する場合には、その旨を速やかに連絡します。 本装置等は、善良な管理者の注意義務をもって管理します。使用后、貴社の指示に従い返却します。 使用者の責に属する理由で発生した損害については、貴社にご迷惑をおかけしません。 滞在先の天変地異等やむを得ない事情により、貴社から手配中止の連絡があった場合はその指示に従います。 					
				氏名 (印)	

業者記入欄	事業所	支店
	所属長	(印)
	担当者	(印)
	電話	

緊急時のご連絡先

平日17:30～翌9:00、土・日曜日と祝祭日（終日）

機器安全センター **0120-633-881**

※平日 9:00～17:30は最寄りの担当支店までご連絡ください。