

在宅歯科医療機器貸し出し願い

申し込み先 近藤歯科医院 FAX：53-1671 （問い合わせ TEL：55-1830）

申込み年月日 年 月 日
 訪問診療予定年月日 年 月 日
 機器受け取り希望日時 月 日 午前・午後 時頃
 機器返却予定日時 月 日 午前・午後 時頃

機器名	内容	希望機器に○印	備考
カルフェ U No1 ピエゾライト付き	歯科用ユニット、超音波 スケーラー付き		5倍速、等速、ストレート ハンドピース使用可
カルフェ U No2 ピエゾライトなし	ハンドピースは別途必要		タービンは使用不可 バキューム管 1本のみ
5倍速コントラライト付き			
等速コントラライト付き			
ストレートハンドピース			
カルフェ V	バキューム		吸引チップ 1本のみ
カルフェ C	コンプレッサー		
オズブラック P	充電式マイクロモーター		
X-SHOT	ポータブルレントゲン		フィルム、現像液等なし
ビバラックプラス			

*口腔内で注水、吸引して歯牙切削を行う場合、カルフェ U 1台とカルフェ V、カルフェ C、5倍速コントラが必要です。ご自分のコントラも使用できます。

（注意）

- ①貸し出しは、取り扱いの間違いにより故障が生じたため、例会でご説明いたしましたように、事前に取り扱いの説明を受けた先生のみにならせて頂いています。余裕を持って、事前に説明をお受け下さい。
- ②組み立て式でデリケートな器械ですので、使用前、使用後は、取扱説明書を熟読して取り扱いをお間違いの無いようにお願いします。
- ③貸出しは基本、訪問診療日の前日から翌日までです。長期間の貸出しはご遠慮ください。
- ④消耗品については各自でご用意ください。用意している消耗品を使用した場合は、後日補充をお願いします。
- ⑤使用後は、次の方が気持ちよくすぐに使えるように、清掃・滅菌等を完了して返却して下さい。オートクレーブ不可のものもありますので、特にご注意ください。
- ⑥不良箇所があった場合は、すぐにご連絡ください。
- ⑦従来の歯科医師会名義のタービンも使用できるモリタ製のポータブルユニットについては、会長保管となっていますので貸出希望は会長までお願いします。

申し込み歯科医院及び氏名 ()

回答連絡先 (FAX) ()