

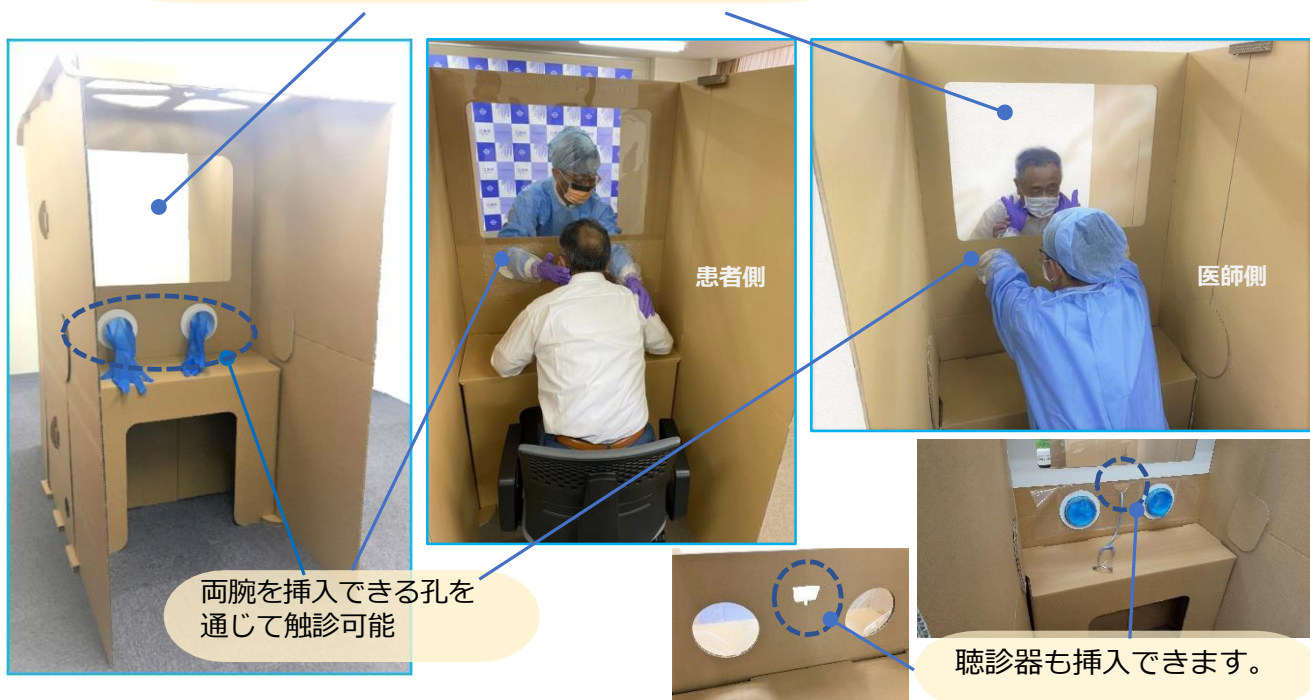
# 医療現場監修 どこでも発熱外来

新型コロナウイルス対策用 段ボール製簡易型診療ブース

『どこでも発熱外来』とは？

- 新型コロナウイルスの飛沫・接触感染対策をしながら、多くの患者に対応する医療従事者向けに開発された、段ボール製簡易型診療ブースです。
- 段ボールは金属やプラスチックと比べて、素材表面のウイルスの生存率が低いとの報告があります。
- 高温下でのPPE装着による医療従事者への負担を軽減します。
- 組み立ては工具不要で15分、解体は3分で完了します。

飛沫感染防止用透明板窓付き（アルコール消毒可能）



# どこでも発熱外来 商品タイプ



## 標準タイプ

患者・医師用の机が  
付属するタイプです。



## 立位タイプ(PCR検査用)

仕切り窓と机が標準タイプよりも  
高く設置されています。



## コンパクトタイプ

標準タイプの医師側を省いたタイプです。

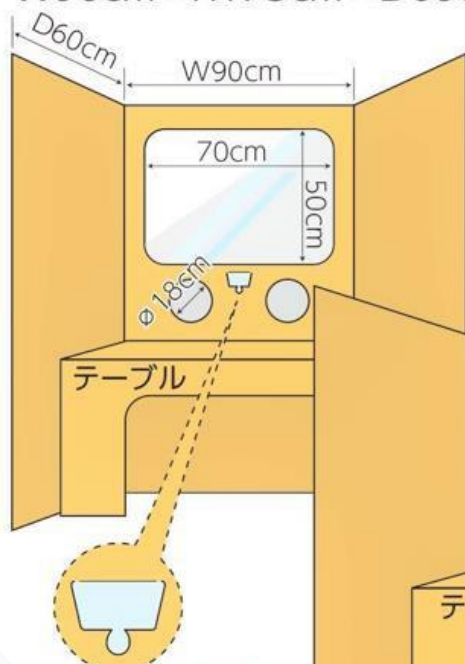


患者側

# どこでも発熱外来 サイズと梱包状態 (標準タイプ)

チェストピースが使える仕切り板は『どこでも発熱外来』だけ

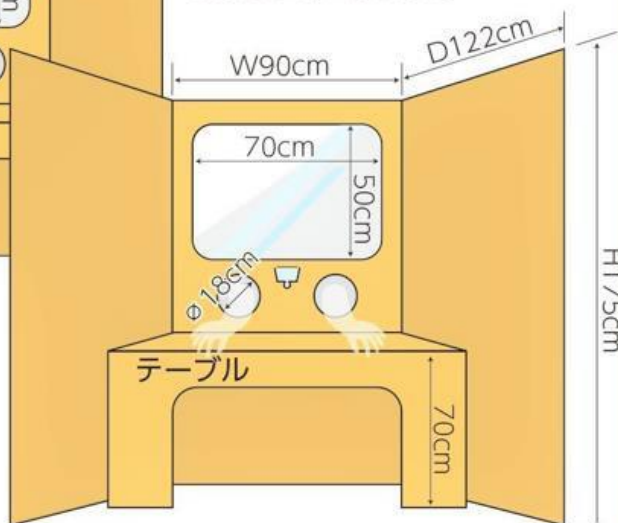
医師側サイズ  
W90cm×H175cm×D60cm



テーブルが医師側と患者側の  
両方に付きます

W90cm×H70cm×D30cm

採光窓付天板付属



患者側サイズ  
W90cm×H175cm×D122cm

## 付属品

手袋 左右1セット



梱包状態(段ボール箱×1)

梱包の寸法：  
100×102×19cm



ご注文： 月 日

## 『どこでも発熱外来』ご注文書

ご注文の際は以下をご記入の上、FAX でお送り願います。

**FAX: 0120-167-431 (フリーダイヤル)**

|                                |                                                                                                                                                                                                                                         |     |  |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|
| 『どこでも発熱外来』 受注生産品：ご注文書受理から 14 日 |                                                                                                                                                                                                                                         |     |  |
| ご注文の<br>商品タイプ&数量               | <p>◎標準タイプ 単価 ￥48,000 (税抜・送料込) 数量 台<br/>医師側と患者側にテーブルを設置するタイプです。</p> <p>◎立位タイプ 単価 ￥48,000 (税抜・送料込) 数量 台<br/>立って検査を行う PCR 検査などにお勧めです。</p> <p>◎コンパクトタイプ 単価 ￥42,000 (税抜・送料込) 数量 台<br/>標準と立位タイプにある医師側がなく、患者側のみのタイプで<br/>院内の狭いスペースで使用可能です。</p> |     |  |
| ご注文者(ご請求先)                     |                                                                                                                                                                                                                                         |     |  |
| 医療機関名                          |                                                                                                                                                                                                                                         |     |  |
| ご住所                            | 〒                                                                                                                                                                                                                                       |     |  |
| 電話番号                           |                                                                                                                                                                                                                                         | FAX |  |
| ご担当者氏名                         |                                                                                                                                                                                                                                         | 部署  |  |
| メールアドレス                        |                                                                                                                                                                                                                                         |     |  |
| 商品お届け先 (※ご注文者と異なる場合のみご記入ください)  |                                                                                                                                                                                                                                         |     |  |
| 医療機関名                          |                                                                                                                                                                                                                                         |     |  |
| ご住所                            | 〒                                                                                                                                                                                                                                       |     |  |
| 電話番号                           |                                                                                                                                                                                                                                         |     |  |
| ご担当者氏名                         |                                                                                                                                                                                                                                         |     |  |
| この商品のことは何<br>で知りましたか？          | HP・テレビ・SNS・雑誌・営業・ご紹介(紹介者名： )・<br>その他 ( )                                                                                                                                                                                                |     |  |

※商品に関するお問い合わせは下記までお願いいたします。

有功社シトー貿易株式会社 Tel: 03-3528-9930 Fax: 0120-167-431 E-mail: yct@yct.co.jp