

# 日本高気圧環境・潜水医学会 HBO 装置調査(2019)

ご記入日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ご記入者: \_\_\_\_\_

(情報公開可否)

医療機関名		可・否
所在地	〒	可・否

## 【調査項目】

(1) HBO 装置について(複数の場合は、次頁に追加記入)

(情報公開可否)

■第1種	台	可・否
(加圧ガスの種類をお選びください) <input type="checkbox"/> 空気 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 空気・酸素切替可能		可・否
(加圧ガスが酸素の場合ご記入下さい) <input type="checkbox"/> マスクによる空気呼吸が可能(エア・ブレイクが可能)		可・否
■第2種	台	可・否
(最大収容人数) 人		可・否
■第1,2種	機種名・型式 :	可・否
	設置年月 _____ 年 _____ 月	可・否
	定期点検状況	可・否
	<input type="checkbox"/> 年1回以上の点検実施 <input type="checkbox"/> 数年に1回の点検(直近の点検 _____ 年 _____ 月) <input type="checkbox"/> 実施していない	

(2)稼働状況について: 高気圧酸素治療施設認定・更新時の審査資料として利用いたします。

(情報公開可否)

■稼働状況	<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 稀 (年間治療日数 10 日以下) <input type="checkbox"/> 稼働せず(休止中) <input type="checkbox"/> 廃止 ( _____ 年 _____ 月頃) <input type="checkbox"/> 設置していない	可・否
■年間治療患者回数	(のべ): _____ 回 (2018/4/1~2019/3/31 までの実績)	可・否
	内訳:	可・否
	適応疾患:	総計 回
	1) ガス塞栓症又は減圧症	回
	2) 一酸化炭素中毒その他のガス中毒	回
	3) 重症軟部組織感染症又は頭蓋内膿瘍	回
	4) 急性外傷性血流障害	回
	5) 末梢血管障害	回
	(ア) 網膜動脈閉塞症	回
	(イ) 難治性潰瘍	回
	6) 放射線障害	回
	7) 骨髄炎	回
	8) 皮膚移植	回
	9) 熱傷または凍傷	回
10) 突発性難聴	回	
11) 急性心筋梗塞	回	
12) 放射線または抗癌剤と併用される悪性腫瘍	回	
13) 腸閉塞	回	

	14) 低酸素脳症	回		
	15) 脊髄・神経疾患	回		
	16) 急性頭部外傷	回		
	17) 脳梗塞	回		
	その他の疾患等:	総計		回
	1) スポーツ外傷	回		
	2) 耐圧試験	回		
	3) 酸素耐性試験	回		
	4) その他:	回		

(3) HBO に携わるスタッフ状況について (情報公開可否)

■医師: 人 / 技士: 人 / 看護師: 人 / 准看護師: 人	可・否
■*高気圧医学専門医: 人 / 高気圧酸素治療専門技師: 人	可・否
■治療管理担当科:	可・否
■管理責任者:	可・否
■メールアドレス:	可・否
その他:	可・否

\*高気圧酸素治療専門医も含む

(4) 救急対応について (情報公開可否)

■減圧障害対応:	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 標準治療へつなぐ応急治療が可能 (日本高気圧環境・潜水医学会誌 2017年(52巻3号)122-124参照) <input type="checkbox"/> その他( )	可・否
○対応可能な場合の治療表	<input type="checkbox"/> US Navy table 6 <input type="checkbox"/> table 5 <input type="checkbox"/> Hart-Kindwall 治療表	可・否
■一般疾患対応:	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他( )	可・否

(5) 救急時以外での減圧症対応 (情報公開可否)

■減圧障害対応	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 一般の適応疾患の治療表であれば可能 減圧時間を30分にすることが <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他( )	可・否
---------	--	-----

(6) 減圧障害治療実績 (情報公開可否)

■年間治療例と治療回数	例	回	可・否	
	内訳		可・否	
	減圧症	例	回	
	空気塞栓症	例	回	
	減圧症及び空気塞栓症、又は鑑別困難	例	回	

(7) 連絡先 (情報公開可否)

■治療目的・通常時	・担当部局: / 担当者名: ・電話	可・否
■治療目的・緊急時 (休日・夜間)	・担当部局: / 担当者名: ・電話	
■HBO 担当	<input type="checkbox"/> 「(3)HBO に携わるスタッフ状況」に記載のものと同じ <input type="checkbox"/> ・担当部局: / 担当者名: ・電話: ・メールアドレス:	可・否

○HBO 装置について:複数の場合、ご記入ください

(情報公開可否)

2 台め	<input type="checkbox"/> 第1種 <input type="checkbox"/> 第2種	可・否
	機種名・型式:	可・否
	設置年月:        年        月	可・否
	(第1種の場合の加圧ガスの種類) <input type="checkbox"/> 空気 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 空気・酸素切替可能	可・否
	(加圧ガスが酸素の場合ご記入下さい) <input type="checkbox"/> マスクによる空気呼吸が可能(エア・ブレイクが可能)	可・否

3 台め	<input type="checkbox"/> 第1種 <input type="checkbox"/> 第2種	可・否
	機種名・型式:	可・否
	設置年月:        年        月	可・否
	(第1種の場合の加圧ガスの種類) <input type="checkbox"/> 空気 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 空気・酸素切替可能	可・否
	(加圧ガスが酸素の場合ご記入下さい) <input type="checkbox"/> マスクによる空気呼吸が可能(エア・ブレイクが可能)	可・否

4 台め	<input type="checkbox"/> 第1種 <input type="checkbox"/> 第2種	可・否
	機種名・型式:	可・否
	設置年月:        年        月	可・否
	(第1種の場合の加圧ガスの種類) <input type="checkbox"/> 空気 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 空気・酸素切替可能	可・否
	(加圧ガスが酸素の場合ご記入下さい) <input type="checkbox"/> マスクによる空気呼吸が可能(エア・ブレイクが可能)	可・否

○ご意見、ご要望等

※無記入でご返送される場合は、可能でしたら理由(治療廃止や休止中等)をご記入ください。

アンケートにご協力いただき、有難うございました。