日本高気圧環境・潜水医学会　HBO装置調査（2021）

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |

【調査項目】

**※公開不可情報は必ず「否」をチェックしてください。**

（１）HBO装置について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ■　保有HBO装置 | 第1種（　　　）台 | 第2種（　　　）台 | 否 |

（２）HBO装置の概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １台目 | ■種別： 第1種  第2種（最大収容人数　　　人） | 否 |
| →第1種保有の場合 |  |
| 【加圧ガスの種類】　空気　酸素　空気・酸素切替可能 | 否 |
| 【加圧ガスが酸素の場合】　マスクによる空気呼吸が可能（エア・ブレイクが可能） | 否 |
| ■機種名・型式： | 否 |
| ■設置年月：　　　　　　年　　　　　月 | 否 |
| ■定期点検状況 | 否 |
| 年１回以上の点検実施 |
| 数年に１回の点検（直近の点検　　　　　年　　　月） |
| 実施していない 理由（例：休止中　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 2台目 | ■種別： 第1種  第2種（最大収容人数　　　人） | 否 |
| →第1種保有の場合 |  |
| 【加圧ガスの種類】　空気　酸素　空気・酸素切替可能 | 否 |
| 【加圧ガスが酸素の場合】　マスクによる空気呼吸が可能（エア・ブレイクが可能） | 否 |
| ■機種名・型式： | 否 |
| ■設置年月：　　　　　　年　　　　　月 | 否 |
| ■定期点検状況 | 否 |
| 年１回以上の点検実施 |
| 数年に１回の点検（直近の点検　　　　　年　　　月） |
| 実施していない　　理由（例：休止中　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 3台目 | ■種別： 第1種  第2種（最大収容人数　　　人） | 否 |
| →第1種保有の場合 |  |
| 【加圧ガスの種類】　空気　酸素　空気・酸素切替可能 | 否 |
| 【加圧ガスが酸素の場合】　マスクによる空気呼吸が可能（エア・ブレイクが可能） | 否 |
| ■機種名・型式： | 否 |
| ■設置年月：　　　　　　年　　　　　月 | 否 |
| ■定期点検状況 | 否 |
| 年１回以上の点検実施 |
| 数年に１回の点検（直近の点検　　　　　年　　　月） |
| 実施していない　　理由（例：休止中　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

（※4台目以上はコピーしてご回答ください）

（３）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。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ■ 治療患者数・治療回数  （2020/4/1～2021/3/31までの実績） | 内訳 | | 否 |
| ○適応疾患 |  |  |
| １）ガス塞栓症又は減圧症 |  |
| 減圧障害 | 例　　　　回 |
| 動脈ガス塞栓症 | 例　　　　回 |
| 減圧症 | 例　　　　回 |
| 減圧症及び動脈ガス塞栓症、又は鑑別困難 | 例　　　　回 |
| その他のガス塞栓症 | 例　　　　回 |
| ２）一酸化炭素中毒その他のガス中毒 | 例　　　　回 |
| ３）重症軟部組織感染症又は頭蓋内膿瘍 | 例　　　　回 |
| ４）急性外傷性血流障害 | 例　　　　回 |
| ５）末梢血管障害 |  |
| ア）網膜動脈閉塞症 | 例　　　　回 |
| イ）難治性潰瘍 | 例　　　　回 |
| ６）放射線障害 | 例　　　　回 |
| ７）骨髄炎 | 例　　　　回 |
| ８）皮膚移植 | 例　　　　回 |
| ９）熱傷または凍傷 | 例　　　　回 |
| 10）突発性難聴 | 例　　　　回 |
| 11）急性心筋梗塞 | 例　　　　回 |
| 12）放射線または抗癌剤と併用される悪性腫瘍 | 例　　　　回 |
| 13）腸閉塞 | 例　　　　回 |
| 14）低酸素脳症 | 例　　　　回 |
| 15）脊髄・神経疾患 | 例　　　　回 |
| 16）急性頭部外傷 | 例　　　　回 |
| 17）脳梗塞 | 例　　　　回 |
| 適応疾患（合計） | 例　　　　回 |
| ○その他の疾患等 |  |
| １）スポーツ外傷 | 例　　　　回 |
| ２）耐圧試験 | 例　　　　回 |
| ３）酸素耐性試験 | 例　　　　回 |
| ４）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 例　　　　回 |
| その他の疾患等（合計） | 例　　　　回 |
| ■総計 | 例　　　　　　　 　　回 | | ☐否 |

（４）減圧障害対応

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ■ 減圧障害対応 | 24時間対応可　　　 平日日中対応可 　□ 担当者によって対応可  不可　　　　　　　　 その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 否 |
| ■ 対応可能な場合の治療表（複数選択可） | US Navy table 6　  table 5　  Hart-Kindwall 治療表　 不可  その他table（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 否 |

（５）減圧障害以外の対応

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ■ 減圧障害以外の傷病の対応 | 24時間対応可　 　 平日日中対応可 　 担当者によって対応可  その他（　 ） | 否 |

（６）HBOに携わるスタッフ状況について

|  |  |
| --- | --- |
| ■ 医師： 　　　人 ／ 技士：　　　人／　看護師：　　　人／　准看護師　　　人 | 否 |
| ■　高気圧医学専門医（高気圧酸素治療専門医も含む）：　　　　人 | 否 |
| ■ 高気圧酸素治療専門技師：　　　　人 | 否 |
| ■ 治療管理担当科： | 否 |
| ■ 外国語対応：　□可能　　□不可 | 否 |
| ★可能な場合：対応可能言語　と　対応時間帯 |  |
| （　　　　　　　）　　 24時間対応可　 平日日中応可　 担当者によって対応可　 その他（　 　 ） | 否 |
| （　　　　　　　）　　 24時間対応可　 平日日中応可　 担当者によって対応可　 その他（　 　 ） | 否 |
| （　　　　　　　）　　 24時間対応可　 平日日中応可　 担当者によって対応可　 その他（　 　 ） | 否 |
| （　　　　　　 ）　　 24/時間対応可　 平日日中応可　 担当者によって対応可　 その他（　 　 ） | 否 |
| ■ 管理責任者： | 否 |
| ■ メールアドレス： | 否 |

（７）連絡先（治療相談）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ■通常時 | ・担当部局： | 否 |
| （平日日中） | ・担当者名： |
|  | ・電話： |
| ■緊急時 | ・担当部局： | 否 |
| （休日・夜間） | ・担当者名： |
|  | ・電話： |

（８）新型コロナ感染症流行下での対応（例：緊急事態宣言下では外来受付中止、感染予防対策として治療人数制限、発熱患者の受け入れ中止、治療前のPCR検査）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 否 |

○ご意見、ご要望等

|  |
| --- |
|  |

ご記入日：　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　日

ご記入者：

メールアドレス

アンケートにご協力いただき、ありがとうございました。