

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	<input type="checkbox"/> 第 1 種()台	<input type="checkbox"/> 第 2 種()台	<input type="checkbox"/> 否
-------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------

(2) HBO 装置の概要

1 台目	■種別: <input type="checkbox"/> 第 1 種 <input type="checkbox"/> 第 2 種(最大収容人数 人)	<input type="checkbox"/> 否
	→第 1 種保有の場合 【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 【加圧ガスが酸素の場合】 <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)	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 否
	■機種名・型式:	<input type="checkbox"/> 否
	■設置年月: 年 月	<input type="checkbox"/> 否
	■定期点検状況 <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 理由(例:休止中)	<input type="checkbox"/> 否
2 台目	■種別: <input type="checkbox"/> 第 1 種 <input type="checkbox"/> 第 2 種(最大収容人数 人)	<input type="checkbox"/> 否
	→第 1 種保有の場合 【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 【加圧ガスが酸素の場合】 <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)	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 否
	■機種名・型式:	<input type="checkbox"/> 否
	■設置年月: 年 月	<input type="checkbox"/> 否
	■定期点検状況 <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 理由(例:休止中)	<input type="checkbox"/> 否
3 台目	■種別: <input type="checkbox"/> 第 1 種 <input type="checkbox"/> 第 2 種(最大収容人数 人)	<input type="checkbox"/> 否
	→第 1 種保有の場合 【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 【加圧ガスが酸素の場合】 <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)	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 否
	■機種名・型式:	<input type="checkbox"/> 否
	■設置年月: 年 月	<input type="checkbox"/> 否
	■定期点検状況 <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 理由(例:休止中)	<input type="checkbox"/> 否

(※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。)

<p>■ 治療患者数・治療回数 (2020/4/1～2021/3/31 までの実績)</p>	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	<input type="checkbox"/> 24 時間対応可 <input type="checkbox"/> 平日日中対応可 <input type="checkbox"/> 担当者によって対応可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 否
■ 対応可能な場合の治療表 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> US Navy table 6 <input type="checkbox"/> table 5 <input type="checkbox"/> Hart-Kindwall 治療表 <input type="checkbox"/> その他 table()	<input type="checkbox"/> 否

(5)減圧障害以外の対応

■ 減圧障害以外の傷病の対応	<input type="checkbox"/> 24 時間対応可 <input type="checkbox"/> 平日日中対応可 <input type="checkbox"/> 担当者によって対応可 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 否
■ 高気圧医学専門医(高気圧酸素治療専門医も含む): 人	<input type="checkbox"/> 否
■ 高気圧酸素治療専門技師: 人	<input type="checkbox"/> 否
■ 治療管理担当科:	<input type="checkbox"/> 否
■ 外国語対応: <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 否
★可能な場合: 対応可能言語 と 対応時間帯 () <input type="checkbox"/> 24 時間対応可 <input type="checkbox"/> 平日日中対応可 <input type="checkbox"/> 担当者によって対応可 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 否
() <input type="checkbox"/> 24 時間対応可 <input type="checkbox"/> 平日日中対応可 <input type="checkbox"/> 担当者によって対応可 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 否
() <input type="checkbox"/> 24 時間対応可 <input type="checkbox"/> 平日日中対応可 <input type="checkbox"/> 担当者によって対応可 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 否
() <input type="checkbox"/> 24/時間対応可 <input type="checkbox"/> 平日日中対応可 <input type="checkbox"/> 担当者によって対応可 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 否
■ 管理責任者:	<input type="checkbox"/> 否
■ メールアドレス:	<input type="checkbox"/> 否

(7)連絡先(治療相談)

■ 通常時 (平日日中)	・担当部局: ・担当者名: ・電話:	<input type="checkbox"/> 否
■ 緊急時 (休日・夜間)	・担当部局: ・担当者名: ・電話:	<input type="checkbox"/> 否

(8)新型コロナウイルス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)

	<input type="checkbox"/> 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。