

日本高気圧環境・潜水医学会 HBO 装置調査(2023 年度)

【高気圧酸素治療施設情報】

医療機関名	
所在地	〒

アンケートご記入日	
ご記入者	
メールアドレス	

◇アンケート開始前に貴施設の高気圧酸素治療の施行についてお伺いします。

該当する箇所に「☑」をご記入ください

1：高気圧酸素治療を行っている	<input type="checkbox"/>
2：高気圧酸素治療を行っていない、今後行う予定はない（廃棄、廃止済）	<input type="checkbox"/>
→「2.」を選択…廃止または廃棄年度のご記入をお願いします	年頃
3：治療を行っていない、今後再開予定である（機器更新含む）	<input type="checkbox"/>
4：治療を行っていない、今後新規に実施予定である	<input type="checkbox"/>

【調査項目】 ※公開不可の場合、必ず「否」を☑チェックをお願いします。

(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	1) 種別：☐ 第 1 種 ☐ 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】 ☐空気 ☐酸素 ☐空気・酸素切替可能	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 否
	2) 機種名・型式：	<input type="checkbox"/> 否
	3) 設置年月： 年 月	<input type="checkbox"/> 否
■ 2 台目	4) 定期点検状況 ☐ 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) ()	<input type="checkbox"/> 否
	1) 種別：☐ 第 1 種 ☐ 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】 ☐空気 ☐酸素 ☐空気・酸素切替可能 【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)	<input type="checkbox"/> 否

	2) 機種名・型式：	□否
	3) 設置年月： 年 月	□否
	4) 定期点検状況 □ 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）（ ）	□否
■3台目	1) 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 【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 □否
	2) 機種名・型式：	□否
	3) 設置年月： 年 月	□否
	4) 定期点検状況 □ 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）（ ）	□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。）

■ 治療患者数・治療回数 【実績期間】 2022/4/1～2023/3/31	適応疾患とその他の疾患の情報公開		□否
	○適応疾患		
	1) 減圧障害（1-1/2/3 記入の場合は不要）	例 回	
	1-1) 動脈ガス塞栓症	例 回	
	1-2) 減圧症	例 回	
	1-3) 減圧症及び動脈ガス塞栓症、または鑑別困難	例 回	
	2) 空気塞栓（その他ガス塞栓）	例 回	
	3) 急性一酸化炭素中毒その他のガス中毒(間歇型を含む)	例 回	
	4) 重症軟部組織感染症（ガス壊疽、壊死性筋膜炎）又は頭蓋内膿瘍	例 回	
	5) 急性末梢血管障害（5-1/2/3 記入の場合は不要）	例 回	
	5-1) 重症の熱傷又は凍傷	例 回	
	5-2) 広汎挫傷又は中等度以上の血管断裂を伴う末梢血管障害	例 回	
	5-3) コンパートメント症候群又は圧挫症候群	例 回	
	6) 脳梗塞	例 回	
	7) 重症頭部外傷後若しくは開頭術後の意識障害又は脳浮腫	例 回	
8) 重症の低酸素脳症	例 回		
9) 腸閉塞	例 回		
10) 網膜動脈閉塞症	例 回		
11) 突発性難聴	例 回		
12) 放射線又は抗癌剤治療と併用される悪性腫瘍	例 回		
13) 難治性潰瘍を伴う末梢循環障害	例 回		

(7) HBO に携わるスタッフ状況について (治療時：対応/ローテ人員)

■ 医師： <input type="checkbox"/> 固定対応 _____人 <input type="checkbox"/> 各科対応 技士：(治療時) _____ / (ローテ) _____人 看護師：(治療時) _____ / (ローテ) _____人 准看護師 (治療時) _____ / (ローテ) _____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： <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可	□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 (_____)	□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 (_____)	□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 (_____)	□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 (_____)	□否
■ 管理責任者：	□否
■ メールアドレス：	□否

(8) 治療相談の連絡先

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

(9) コロナ対応の推移

5 類感染症 以前の対応	5 類感染症 以降 (現在) 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、発熱患者の受入中止、治療前の PCR 検査など)	(例：治療人数制限の撤廃、発熱患者の受け入れ可/不可、治療前の PCR 検査、PCR 陽性症例の受け入れ可/不可)

○ご意見、ご要望等

--

アンケートにご協力いただき、ありがとうございました。