

高気圧酸素治療に関する症例報告一覧

申請者氏名：_____

申請者所属施設名：_____

申請者が高気圧酸素治療に関する業務において、過去2年間における自ら参加した10症例以上の実績の内容がわかるように、それぞれ簡潔に記載し提出して下さい。（日本高気圧潜水医学会専門医制度施行細則 第3章第8条2）

患者個人が特定されないよう配慮し、広く使用されている共通言語を用いて記載して下さい。

【症例一覧】

症例一覧 No. 1	
治療年月日	
性別：	年齢：
適応疾患名：	
治療回数：	
要約	

症例一覧 No. 2	
治療年月日	
性別：	年齢：
適応疾患名：	
治療回数：	
要約	

【専門医 認定申請】

症例一覧 No. 3	
治療年月日	
性別：	年齢：
適応疾患名：	
治療回数：	
要約	

症例一覧 No. 4	
治療年月日	
性別：	年齢：
適応疾患名：	
治療回数：	
要約	

症例一覧 No. 5	
治療年月日	
性別：	年齢：
適応疾患名：	
治療回数：	
要約	

症例一覧 No. 6	
治療年月日	
性別：	年齢：
適応疾患名：	
治療回数：	

【専門医 認定申請】

要約

症例一覧 No. 7

治療年月日

性別：

年齢：

適応疾患名：

治療回数：

要約

症例一覧 No. 8

治療年月日

性別：

年齢：

適応疾患名：

治療回数：

要約

症例一覧 No. 9

治療年月日

性別：

年齢：

適応疾患名：

治療回数：

要約

症例一覧 No. 10

治療年月日

性別：

年齢：

【専門医 認定申請】

適応疾患名：
治療回数：
要約