**高気圧酸素治療に関する症例報告**

申請者氏名：

勤務先施設名：

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技師制度施行細則 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　No.1 |
| 年齢： | 性別： |
| 適応疾患名： |
| 治療開始日（西暦）： | 治療終了日（西暦）： |
| 総治療回数： | 担当治療回数： |
| 要約 |

|  |
| --- |
| 症例　No.2 |
| 年齢： | 性別： |
| 適応疾患名： |
| 治療開始日（西暦）： | 治療終了日（西暦）： |
| 総治療回数： | 担当治療回数： |
| 要約 |

|  |
| --- |
| 症例　No.3 |
| 年齢： | 性別： |
| 適応疾患名： |
| 治療開始日（西暦）： | 治療終了日（西暦）： |
| 総治療回数： | 担当治療回数： |
| 要約 |

|  |
| --- |
| 症例　No.4 |
| 年齢： | 性別： |
| 適応疾患名： |
| 治療開始日（西暦）： | 治療終了日（西暦）： |
| 総治療回数： | 担当治療回数： |
| 要約 |

|  |
| --- |
| 症例　No.5 |
| 年齢： | 性別： |
| 適応疾患名： |
| 治療開始日（西暦）： | 治療終了日（西暦）： |
| 総治療回数： | 担当治療回数： |
| 要約 |

|  |
| --- |
| 症例　No.6 |
| 年齢： | 性別： |
| 適応疾患名： |
| 治療開始日（西暦）： | 治療終了日（西暦）： |
| 総治療回数： | 担当治療回数： |
| 要約 |

|  |
| --- |
| 症例　No.7 |
| 年齢： | 性別： |
| 適応疾患名： |
| 治療開始日（西暦）： | 治療終了日（西暦）： |
| 総治療回数： | 担当治療回数： |
| 要約 |

|  |
| --- |
| 症例　No.8 |
| 年齢： | 性別： |
| 適応疾患名： |
| 治療開始日（西暦）： | 治療終了日（西暦）： |
| 総治療回数： | 担当治療回数： |
| 要約 |

|  |
| --- |
| 症例　No.9 |
| 年齢： | 性別： |
| 適応疾患名： |
| 治療開始日（西暦）： | 治療終了日（西暦）： |
| 総治療回数： | 担当治療回数： |
| 要約 |

|  |
| --- |
| 症例　No.10 |
| 年齢： | 性別： |
| 適応疾患名： |
| 治療開始日（西暦）： | 治療終了日（西暦）： |
| 総治療回数： | 担当治療回数： |
| 要約 |