

【専門技師認定申請】

## 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）：

【専門技師認定申請】

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：

【専門技師認定申請】

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	