

健和会大手町病院 高気圧酸素治療適応チェックシート

患者氏名 _____
 生年月日 _____
 性 別 _____

保険適応疾患名		該当疾患の番号を記載	
1	>発症後1カ月以内に行う場合に、一連につき7回を限度 ① 減圧症 又は 空気塞栓 >一連につき10回を限度 ② 急性一酸化炭素中毒その他のガス中毒(間歇型を含む。) ③ 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 ④ 急性末梢血管障害 (イ)重症の熱傷又は凍傷 (ロ)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 (ハ)コンパートメント症候群又は圧挫症候群 ⑤ 脳梗塞 ⑥ 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 ⑦ 重症の低酸素脳症 ⑧ 腸閉塞 >一連につき30回を限度 ⑨ 網膜動脈閉塞症 ⑩ 突発性難聴 ⑪ 放射線又は抗癌剤治療と併用される悪性腫瘍 ⑫ 難治性潰瘍を伴う末梢循環障害 ⑬ 皮膚移植 ⑭ 脊髄神経疾患 ⑮ 骨髄炎又は放射線障害		
	禁忌項目 ※1項目でも「有」にチェックがあれば治療困難です。	全項目どちらかに○を記載	
2	① 気胸(未治療のもの)、胸部手術の既往、ぜんそく	無	有
	② 眼科治療・術後(網膜はく離等で眼内ガラスC3F8、SF6を使用した場合)	無	有
	③ 未熟児	無	有
	④ 妊娠(緊急の場合は治療)	無	有
	⑤ てんかん発作のある方	無	有
	⑥ 刺青・タトゥーのある方	無	有
	⑦ 閉所恐怖症の方	無	有
	⑧ ドキソルピシン、シスプラチンなど(抗癌剤)	無	有
	⑨ ジスルフィラムなど(禁酒剤)	無	有
	⑩ 人工呼吸器装着	無	有
3	患者さん又はご家族への説明	全項目 済に○を記載	
	① 高気圧酸素治療を行うことへの説明	済	
4	情報確認項目 ※禁忌ではありません。	全項目どちらかに○を記載	
	① 糖尿病	無	有
	② 耳の疾患	無	有
	③ ペースメーカー植込み	無	有
	④ 認知症	無	有
	⑤ 緊急度	至急	通常

記入日 _____
 医療機関名 _____

※ 全項目をご記入後、健和会大手町病院医療連携室までFAXをお願いします。
 健和会大手町病院 医療連携室

TEL 093-592-5530
 FAX 093-592-5966