

\* 太枠内は主治医の先生が記入ください。また最後に患者さまの同意を得て同意書サインを頂いたうえ患者さまにお渡してください。  
 \* 高気圧酸素治療依頼書と診療情報提供書を(FAX044-822-6613)送信してください。  
 \* 患者さまは、当日、**本依頼書と保険証を持ってご来院ください。**

## 高気圧酸素治療 依頼書

記入日:           年           月           日

紹介元医療機関名		主治医	
電話:                   —                   —			
患者名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	M · T · S · H           年           月           日
患者住所		患者電話	—                   —
診断名			
既往歴			
透析の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	透析曜日	月           火           水           木           金           土
今回の症状			

### ..... 確認書・同意書 .....

次のような方は治療を受けることができない場合がありますので確認をしていただき、対象患者さまに関しては事前にご相談ください。

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・呼吸器疾患(気胸・COPD・急性呼吸不全・喘息発作・肺のう胞・その他呼吸不全)がある方</li> <li>・心疾患(重篤な不整脈・虚血性心疾患・その他循環管理を要する循環不全)がある方</li> <li>・痙攣症状のある方</li> <li>・切迫脳ヘルニアの方</li> <li>・妊娠初期の方</li> <li>・副鼻腔炎の方</li> <li>・精神障害のある方</li> <li>・感冒症状のある方</li> <li>・高血圧の方</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・てんかん既往のある方</li> <li>・非耐圧性ペースメーカー装着の方</li> <li>・悪性腫瘍のある方</li> <li>・中耳炎で耳抜きができない方</li> <li>・糖尿病の方</li> <li>・発熱のある方</li> <li>・閉所恐怖症の方</li> </ul> |
|--|---|

気圧が高いことによる外傷(内耳や中耳、肺の損傷)や酸素中毒、減圧症(関節痛、胸痛、筋肉痛)などの副作用が起きることがまれにあります。

高気圧酸素治療による効果は個人差があり、完治しない場合もあることをご理解ください

上記 確認事項を理解し、同意いたします。

年           月           日

署名

総合高津中央病院  
 患者支援・医療連携センター(直通)高気圧酸素治療室  
 電話:044-822-6107  
 FAX:044-822-6613