

### 山东省医用高压氧舱调查表

医院名称		医 院 级 别		法 人	
地 址		邮 编		传 真	
分管高压氧科 职 能 部 门	医务处○； 门诊部○； 其他○		联 系 电 话	E- mail	
高压氧科负责人	职 称		联 系 电 话	E- mail	
高压氧科室  人 员	医 师： 正高 人； 副高 人； 中级 人； 初级 人； (专职： 人； 兼职： 人)				
	护 理： 正高 人； 副高 人； 中级 人； 初级 人； 护士 人 (专职： 人； 兼职： 人)				
	技 术 人 员： 正高 人； 副高 人； 中级 人； 初级 人； 技工 人 (专职： 人； 兼职： 人)				
高压氧科 建 制	独立建科： 是○； 否○		非 独 立 建 科 所 归 属 科 室		
建科日期	年 月 日		科 室 房 屋 建 筑 情 况	独立建筑○； 非独立建筑○；	
氧 舱 类 别	空气加压舱： ( ) 台		供 氧 情 况	科室独立○； 医院集中○；	
	氧气加压舱： ( ) 台				
	婴儿氧舱： ( ) 台		高 压 氧 科 病 房	有○ 病床 张	
潜水加压舱： ( ) 台					
低压舱： ( ) 台					
动物实验舱： ( ) 台				无○	
舱 型  生产厂家	1、空气加压舱——舱室： 个； 舱门： 个； 直径： 米； 座位： 人； 生产厂家： 2、氧气加压舱——金属制造○； 非金属制造○； 生产厂家： 3、婴儿氧舱——金属制造○； 非金属制造○； 生产厂家： 4、潜水加压舱——舱室： 个； 舱门： 个； 直径： 米； 座位： 人； 生产厂家： 5、低压舱——舱室： 个； 舱门： 个； 直径： 米； 座位： 人； 生产厂家				
氧舱末次 维修日期 厂 家	1、空气加压舱： 年 月 日； 维修厂家： 2、氧气加压舱： 年 月 日； 维修厂家： 3、婴儿氧舱： 年 月 日； 维修厂家： 4、减压舱： 年 月 日； 维修厂家：				
医院负责人 签 字	年 月 日		医 院 盖 章	(公章) 年 月 日	
备 注	1、在相应○处标记√； 2、配氧舱照片； 3、不尽之处，相关内容附后。				