____________医 院 高 压 氧 治 疗 登 记

日期	编号	姓 名	性别	年龄	职业	科别	登记号 住院号	主 要 诊 断	舱内抢救	单独开舱	住址或单位	联 系 电 话	疗程	治 疗 效 果					备 注
														治愈	好转	无效	死亡	其它	