_____医院高压氧治疗记录单

住院号：_____

登记号：_____

_____科　　编　号：_____

姓 名		性 别		年 龄		开始治疗时间	年　月　日
诊 断							

治疗次数	日期	医嘱 医师签名：																				修改医嘱医师签名	执行者签名
		时间	舱内压力	治疗总时程	稳压时程	体位	吸氧方式					局部供氧	婴儿氧帐	静脉输液	监护	吸痰	引流管	陪护人员	医护陪舱	舱内抢救	单独开舱		
							常规供氧	直排供氧	气管供氧	雾化供氧	呼吸机												
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
治疗情况	第　次：　　处理：　　签名：																						
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
治疗情况	第　次：　　处理：　　签名：																						