

経カテーテル的大動脈弁置換術

実施施設認定申請書

西暦 年 月 日

経カテーテル的心臓弁治療関連学会協議会 御中

当施設は、経カテーテル的大動脈弁置換術の実施施設として認定を申請します。

フリガナ	<input type="text"/>		
施設名	<input type="text"/>		
施設長名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	公印
施設住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
電話番号	<input type="text"/>		
FAX番号	<input type="text"/>		
担当科	<input type="text"/>		
担当科責任者 氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	印
E-mailアドレス	<input type="text"/>		

施設内容調書

西暦 年 月 日

施設名

担当科

担当科責任者 氏名

 印

施設 (以下、確認の を記入)

- 1) 日本循環器学会認定専門医研修施設である。
- 2) 日本心血管インターベンション治療学会研修施設または研修関連施設である。
 研修施設 研修関連施設
- 3) 心臓血管外科専門医基幹施設である。
- 4) JCVSDに登録している。

手術実績・検査 (昨年1月～12月の症例数を記入)

- 1) 大動脈弁置換術 (大動脈基部置換術を含む)
- 2) 冠動脈に関する血管内治療 (PCI)
- 3) 大動脈瘤に対するステントグラフト治療
- 4) 経食道心エコー検査 総数
- (術中 外来/病棟)

設備機器 (以下、確認の 及び装置機種名を記入)

1) 設置型透視装置

設置場所

 手術室 血管撮影室 その他 ()

透視装置機種名

2) 人工心肺装置機種名

3) 経皮的心肺補助装置が配置されている。

4) 緊急対応の体制

 麻酔科医 体外循環技術認定士

専門医・体外循環技術認定士・麻酔科医 在籍証明書

施設名

循環器専門医（代表者 3名を記載）

	氏名	専門医認定番号
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>

日本心血管インターベンション治療学会専門医（代表者 1名を記載）

	氏名	専門医認定番号
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>

心臓血管外科専門医（代表者 3名を記載）

	氏名	専門医認定番号
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>

体外循環技術認定士（代表者 1名を記載）

	氏名	認定番号
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>

麻酔科医（代表者 1名を記載）

	氏名
1	<input type="text"/>

上記の者は当施設の職員に相違ありません。

西暦 年 月 日

施設長氏名

 印

症例登録事業に参加する誓約書

経カテーテル的心臓弁治療関連学会協議会 御中

当施設は、NCD症例登録事業（TAVI Registry）に参加し、フォローアップを含め全例登録することを誓約します。登録を実行しない、あるいは虚偽のデータを入力したことが判明した場合、経カテーテル的大動脈弁置換術の実施施設認定を取り消されても、異議の申し立ては行いません。

西暦 年 月 日

施設名

担当科

担当科責任者氏名（自署）