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

施設名

施設長名　　公印

施設住所　〒　　－

電話番号

FAX番号

責任者　氏名　　印

所属

E-mailアドレス

*実務の医師や事務方等を追加で登録する場合は記入する（任意）

所属科・氏名

E-mailアドレス

所属科・氏名

E-mailアドレス

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認定機構 新基準における心臓基幹または心臓関連である。

心臓基幹　　心臓関連

（旧基準における心臓血管外科専門医基幹施設　　）

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		
2		
3		

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		

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		
2		
3		

体外循環技術認定士（代表者 1名を記載）

	氏名	認定番号
1		

麻酔科医（代表者 1名を記載）

	氏名
1	

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　　公印

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）