

経カテーテル的大動脈弁置換術 実施施設認定更新申請書

西暦 年 月 日

経カテーテル的大動脈弁置換術関連学会協議会 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の更新を申請します。

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) NCD/TAVRレジストリ (症例登録事業) に参加している。

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

(術中

外来/病棟

) 総数

TAVRの実施状況

(以下、期間・実施数及び ✓ を記入)

1) 実施数(プロクタリング期間を含む全TAVR症例)

大腿・腸骨動脈アプローチ

それ以外のアプローチ

2) TAVR実施症例登録

全症例登録済

未登録有

→ 未登録数

(TAVR実施施設認定期間完了日まで)

※ TAVR実施数が60症例に満たない場合は以下を記入すること。

プロクタリング期間のTAVR実施数

プロクタリング期間終了日

年 月 日

その他、TAVIが実施できなかった期間(手術室の改修工事等の為)があれば下記に記入し、理由書を添付すること。

年 月 日

～

年 月 日

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・必須）

	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・必須）

	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・必須）

	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・必須）

	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・必須）

	氏名
1	<input type="text"/>

TAVR実施医（代表者 1～3名を記載）

	氏名	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"/>

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