

ハイブリッド手術室 変更申請

西暦 年 月 日

施設名

担当科

担当科責任者 氏名 印

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。

ハイブリッド手術室変更理由