心臓血管麻酔専門医認定施設年次報告書（ 年度）

年　　月　　日

所在地 〒 TEL

FAX

病院名

院長名

印

年4月1日現在

★代表心臓血管麻酔専門医

氏名 　　　　　日本心臓血管麻酔学会会員番号（　　　　　　　　）

職名

心臓血管麻酔専門医取得年月日（　　　　年　月　日）　登録番号（ ）

E-mail

★麻酔科責任者氏名　　　　　　　　　　　職名

★連絡先代表者氏名　　　　　　　　　　　E-mail

★同一施設に勤務する心臓血管麻酔専門医（代表心臓血管麻酔専門医を除く）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 日本心臓血管麻酔学会会員番号 | 心臓血管麻酔専門医取得年月日 | 心臓血管麻酔専門医登録番号 | 備考 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

★年間心臓血管麻酔手術症例数

年間麻酔科管理心臓血管症例数： 症例（ 年4月1日〜 年3月31日）

年間麻酔科管理心臓血管症例数の内、人工心肺症例数　　　　　症例

年間麻酔科管理心臓血管症例数の詳細

（１）弁疾患 症例　（２）虚血性心疾患 症例

（３）大動脈 症例　（４）先天性心疾患 症例

（５）その他 症例

＜その他＞

・毎年4月末日までに、提出年の4月1日の状況および前年度の4月1日～3月31日の症例数を記載してください。

・症例数報告につきまして、可能な施設は2020年4月の報告より、JSA-PIMSのデータを添付ください。