

心臓血管麻酔専門医認定施設年次報告書（ 年度）  
（年間 100 例以上の心臓血管麻酔を有する小児専門施設）

年 月 日

所在地 〒

TEL  
FAX

病院名

院長名

印

年 4 月 1 日現在

★代表麻酔科専門医

氏名 \_\_\_\_\_ 日本心臓血管麻酔学会会員番号 ( \_\_\_\_\_ )  
職名 \_\_\_\_\_

麻酔科専門医取得年月日 ( \_\_\_\_\_ 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麻酔専門医（代表麻酔科専門医を除く）

氏名	日本心臓血管麻酔学会会員番号	麻酔科専門医取得年月日	麻酔科専門医登録番号	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。