

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。