

心臓血管麻酔経験証明書(更新用)

申請者の心臓血管麻酔施行経験について、以下の通り相違ないことを証明する。

証明年月日	西暦 年 月 日
医療機関名	
代表心臓血管麻酔専門医もしくは 麻酔科部門長 (自署)	印
医療機関所在地	〒
申請者氏名	

項目	症例数	備考
症例数合計		100例以上必要

* 最低必要症例数の設定はございません。

* 以下は、上記100症例中制限のある症例です。該当がある場合は、記入してください。

項目	症例数	備考
1. 腹部大動脈瘤に対する開腹手術 2. 経カテーテル大動脈弁留置術 (TAVI)		20例まで認める
1. 腹部大動脈瘤ステントグラフト (EVAR, endovascular aortic repair) 2. 胸部大動脈瘤ステントグラフト (TEVAR, thoracic endovascular aortic repair) 3. 植え込み型左心室補助装置装着 4. 全麻下の小児(15歳以下)心臓カ テーテル		合計で10例まで認 める

の部分についてすべてご記入願います。

- * 明細のNOは、通し番号で記入し、麻酔チャートの写しにも同一の番号の記入をお願いします。
- * 経験証明書は、施設ごとにご記入ください。ただし、NOは通しで1から100まで記入してください。

心臓血管麻酔経験証明書(更新用)

医療機関名	
申請者氏名	
症例数	

番号(*1)	実施日(*2)	患者年齢(*3)	疾患名	術式	主たる麻酔科医2名の名前		術者名
例①	20101001	60歳4か月			姓のみ		姓のみ

*1 該当する麻酔チャートの写しにも、同じ番号を記載してください。番号はすべての明細で通してお願いします。
 *2 2010年10月1日の場合、20101001のように8ケタで、半角にて記載してください
 *3 患者年齢は、実施日の年齢月を記載してください。