心臓血管麻酔経験証明書

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
弁膜症		10例以上必要
虚血性心疾患		10例以上必要
大動脈疾患		10例以上必要
先天性心疾患		10例以上必要
その他		

＊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。

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 最低必要経験症例40例以外の症例として、合計10例まで認める。		10例まで認める

＊明細のNOは、施設ごとの上記項目ごとで通し番号で記入し、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

（各症例の明細には、記入例としてNOをふっておりますが、適宜変更願います。）

＊経験証明書は、施設ごとにご記入ください。

心臓血管麻酔経験証明書（弁膜症明細）

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でお願いします。
*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。

心臓血管麻酔経験証明書（虚血性心疾患明細）

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でお願いします。
*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。

心臓血管麻酔経験証明書（大動脈疾患明細）

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でお願いします。
*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。

心臓血管麻酔経験証明書（先天性心疾患明細）

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でお願いします。
*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。

心臓血管麻酔経験証明書（その他明細）

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でお願いします。
*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。