

心臓血管麻酔経験証明書(指導医用)

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

* 最低必要経験症例数(弁膜症、虚血性心疾患、大動脈疾患、先天性心疾患)の設定はありません。

* 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、ご記入ください。

項目	症例数	備考
1. 経カテーテル大動脈弁留置術 (TAVI) 2. 経カテーテル僧帽弁形成		合計20例まで認める
1. 腹部大動脈瘤に対する開腹手術 (ステント手術は除く)		合計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)心臓カテーテル治療 5. カテーテルによる左心耳閉鎖術、ASD閉鎖、 PDA閉鎖		合計10例まで認める

* 経験証明書は、施設ごとにご記入ください。

* 明細のNOは、施設ごとに通し番号で記入し、麻酔チャートの写しにも同一の番号をご記入ください。

複数施設でのご提出の場合(記入例)：

A施設：1番～60番

B施設：61番～100番

心臓血管麻酔経験証明書(指導医用)

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	麻酔担当医		麻酔指導医 (心臓血管麻酔専門医)		術者名
例①	20101001	60歳4か月			姓のみ		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番号でお願いします。
 (記入例としてNOをふっておりますが、適宜変更ください)

*2 2020年10月1日の場合、20201001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、または年齢を記載してください。