

日本心血管インターベンション学会 研修施設・研修関連施設の更新申請

1. 研修施設、研修関連施設更新審査該当施設

研修施設・研修関連施設ともに平成14年度施設認定をされた施設。

2. 研修施設・研修関連施設の対象となる要件と期間

1. の該当施設の審査対象期間

平成15年 1月 1日から平成19年12月31日までの5年間。

3. 手続き期間と書類提出先

書類提出期間； 平成20年2月1日から平成20年2月28日（消印有効）

提出先； 日本心血管インターベンション学会 認定医制度委員会
〒162-0041 東京都新宿区早稲田鶴巻町519番地洛陽ビル3階
電話；03-5291-6231 FAX；03-5291-2176

4. 研修施設・研修関連施設更新提出書類

- 1) 提出書類の様式は13B、15B、16B、17Bの4枚になります。記載漏れのないようご確認の上、ご提出をお願い致します。
- 2) すべての書類は、番号順にして左すみをホチキスで止めてください。なお、コピーは必ずお手元に保管下さい。
- 3) ご郵送の際は、研修施設あるいは研修関連施設更新書類在中である旨、封筒表に赤字で記載下さい。

日本心血管インターベンション学会
施設更新申請書
(研修施設 ・ 研修関連施設)

当施設は、日本心血管インターベンション学会（研修施設・研修関連施設）として
認定頂きたく、所定の書類を添えて申請いたします。

平成 年 月 日

施設長 _____ 職印

- 記 -

フリガナ
更新施設名 _____

施設番号 (0 2 - _____)

所在地 〒 _____

電 話 ; _____ F A X ; _____

担当科名 _____

担当科責任者 _____

学会指導医名 _____ (指導医 NO _____)

日本心血管インターベンション学会
認定制度委員会委員長 平山 治 雄 殿

施設設備などの概要

更新施設名 _____ 担当科 _____

平成 年 月 日 担当科責任者 _____

- 記 -

病 棟

病床数：CCU 床 (ICU 床) 一般病床 床

循環器専任当直：(あり・なし)

独立した看護単位：(あり・なし)

心血管造影室

心血管造影室：_____室

Cine angio装置 (biplane _____、single plane _____)

記 録 (フィルム・フィルム+CR-R・CD-Rのみ、LAN、その他)

専属スタッフ

看 護 師 _____名、臨床工学士 _____名、放射線技師 _____名、
臨床検査技師 _____名、そ の 他 _____名、 専属スタッフなし

記 録 整 理：カテーテル台帳 (あり・なし)

カテーテル報告書 (あり・なし)

緊急時対応：医 師 (常勤可能・時間外 On Call・時に可能・対応できず)

スタッフ (常勤可能・時間外 On Call・時に可能・対応できず)

心臓血管外科 常勤医 _____名

平成 年 月 日

責任医師名 _____

緊急時の依頼先 (心臓血管外科)

施設名： _____

平成 年 月 日

責任医師名 _____

担当科勤務医師の概要

施設名： _____

・ 常勤医師（インターベンションに関連しない医師を含む。10名まで）

氏名	年齢	職名	指導医/認定医	最終学歴	卒業年
【例】小泉 誠	56	医局長	指導医-2550	東西大学	1985年卒

1 .

2 .

3 .

4 .

5 .

6 .

7 .

8 .

9 .

10 .

・ 非常勤医師（3名まで）

1 .

2 .

3 .

平成 年 月 日

施設長 _____ 職印

過去5年間の診療実績表

更新施設名： _____

大項目	小項目	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年
循環器入院患者 総数						

心血管造影検査	(通算症例数)					
	冠動脈造影					
	その他					

インターベンシ ョン	(通算症例数)					
	冠動脈インタ ーベンション					
	ステント					
	POBAのみ					
	DCA					
	Rotablater					
	その他のインタ ーベンション					

インターベンシ ョン 合併症	死 亡					
	緊急CABG					
	Q波梗塞					

平成 年 月 日

担当科責任者 _____