

施設設備などの概要

申請施設名： _____

担当科： _____科
年 月 日

担当科責任者： _____印

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+CD-R、 CD-R のみ、LAN、 その他)

専 属 ス タ ッ フ：

看護婦(士) _____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 (常時可能、 時間外 On Call、 時に可能、 対応できず)
スタッフ (常時可能、 時間外 On Call、 時に可能、 対応できず)

心臓血管外科*

常勤医 _____名

年 月 日

責任医師 _____印

緊急時の依頼先 (心臓血管外科)*

施設名： _____

年 月 日

責任医師 _____印

*いずれかに記入してください