

心血管造影室と設備の内容証明書

20 年 月 日

申請施設名および当科： _____

当科責任者： _____ 印

I 循環器内科 (またはそれに該当する科)

常勤医： _____ 名

II 病棟

病床数：CCU _____ 床 (ICU _____ 床)、一般病床(循環器) _____ 床、許可病床 _____ 床

循環器専任当直：(あり、なし)、独立した看護単位：(あり、なし)

III 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)

IV 過去 5 年のカテーテル治療数 (年間 100 例以上、通算 500 例以上の診療実績があること)

年度	緊急 PCI/死亡率	待機的 PCI/死亡率	その他のカテーテル治療数	総カテーテル治療数*
2011	例 / %	例 / %	例	例
2010	例 / %	例 / %	例	例
2009	例 / %	例 / %	例	例
2008	例 / %	例 / %	例	例
2007	例 / %	例 / %	例	例

合計 _____ 例

(*総カテーテル治療数は、緊急 PCI、待機的 PCI、その他のカテーテル治療を合計した症例数)

V 心臓血管外科

<input type="checkbox"/> 心臓血管外科がある場合	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科がない場合 (緊急時の依頼先)
常勤医： 名	施設名：
責任医師： 印	責任医師： 印