

カテーテル治療実績表 ＜その他のインターベンション主術者＞

申請者氏名 _____

症例 番号	実施 年月日	仁シアル	年齢 男女	診断	手技	合併症 有無
例	2010 5/12	MK	61F	MS	PTMC	無
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

注：こちらの用紙を使用の場合は、コピーをして使用して下さい

PCI 治療実績表 <冠動脈インターベンション主術者>

申請者氏名 _____

症例 番号	実施 年月日	インシヤル PCI No.	年齢 男女	診断	病変 枝数	標的 病変	病変 形態	手技	合併症 有無
例	2010 5/25	NS 001	56M	AP	2VD	LAD LCX	B2 B1	ステント ステント	無 無
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

注：コピーをして使用して下さい

PCI No.は各施設の連続番号、あるいは台帳の番号を記入して下さい（確認用です）

PCI 治療実績表

<冠動脈インターベンション 指導的介助者>

申請者氏名 _____

施設名 _____

症例 番号	実施 年月日	仁ジャル PCI No.	年齢 男女	診断	病変 枝数	標的 病変	病変 形態	手技	合併症 有無
例	2010 3/25	NS 3256	56M	AP	2VD	LAD LCX	B2 B1	ステント ステント	無 無

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

注：コピーをして使用して下さい

施設毎に症例番号を付けて下さい

PCI No.は各施設の連続番号、あるいは台帳の番号を記入して下さい（確認用です）

右上にページ番号を記入して下さい

PCI No.は各施設の連続番号、あるいは台帳の番号を記入して下さい（確認用です）

診療実績証明書

申請者氏名； _____

施設名； _____

上記の者は当施設において

_____年_____月 より _____年_____月まで
(西暦で記入)
(合計 _____年 _____ヶ月)

心血管インターベンション治療に従事したことを証明します。

200 年 月 日

施設名： _____

認定施設番号：(研修施設 、 研修関連施設) _____

(関連施設 、 教育認定関連施設) _____

所属長職名： _____

所属長氏名： _____ 印

注：1 施設に1枚。2枚以上必要な場合はコピーして下さい。
2 施設以上にまたがる場合には施設毎に作成し、提出ください。