



日本心血管インターベンション治療学会 (CVIT)
 専門医認定医資格更新単位取得ライブ終了報告書

報告日 年 月 日

日本心血管インターベンション治療学会
 ライブ教育委員会委員長 宛

以下のとおり、ライブの終了報告を致します。

施設名 _____

署名 _____

ライブ名称		
ライブ実施病院		
ライブ実施責任者医師		
ライブ開催日	年 月 日～ 年 月 日	
ライブ参加人数	医師：	名
	コメディカル：	名
	企業関係者（その他）：	名
	合計：	名
合併症報告	ライブ症例数（ ）例	追跡症例数（ ）例
	PCI合併症（入院中を含む）	1年追跡時
	心臓死	心臓死
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）例	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）例
	非心臓死	非心臓死
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）例	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）例
	Q波心筋梗塞	Q波心筋梗塞
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）例	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）例
	緊急バイパス手術	バイパス手術
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）例	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）例
	心タンポナーデ	〈コメント欄〉
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）例	
	脳梗塞	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）例	
心不全		
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）例		
腎不全		
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）例		

- *ライブ症例合併症の報告は、ライブ終了後1カ月以内に提出ください。
- *ライブ参加人数の報告は、上記の合併症報告と同時に望ましいが、同時にできない場合は、ライブ終了2か月以内に提出ください。
- *1年後の追跡結果は、ライブでの症例の追跡が完了したのちに速やかに提出ください。追跡結果報告時には、ライブ参加人数、ライブ、入院中の合併症の記載は不要です。