

## 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	仁シヤル	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）

## 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。

20 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。