

様式 B-1

経皮的心房中隔欠損/動脈管開存閉鎖術
新規実施施設認定申請書

チェックリスト

申請書類一式

様式 B-1 チェックリスト（本紙）

様式 B-2 新規実施施設認定申請書

様式 B-3 施設内容調書

様式 B-4 専門医在籍証明書

様式 B-5 症例登録事業に参加する誓約書

様式 B-6 申請料振込み控えコピー貼付用紙

様式 B-7 CVIT ホームページの「実施施設一覧」への掲載同意書

様式 B-9 開心術症例リスト（年間 50 例以上）（Excel）

様式 B-10 先天性心疾患もしくは構造的心疾患に対するカテーテルインターベンションの症例リスト（年間 40 例以上）（Excel）

様式 B-11 経食道心エコー検査リスト（年間 100 例以上）（Excel）

様式 B-12 成人先天性心疾患診療実績症例一覧（30 症例以上）（Excel）

※日本成人先天性心疾患学会の総合、または連携修練施設の場合は、成人先天性心疾患診療実績症例リスト（様式 B-12）の代わりに修練施設認定証で代用可能

添付書類

【施設の認定証のコピー】

日本循環器学会認定循環器専門医研修施設、研修関連施設の認定証コピー

日本心血管インターベンション治療学会認定研修施設、研修関連施設、連携施設の認定証コピー

心臓血管外科専門医認定機構による修練施設の認定証コピー

医療安全研修を開催していることが証明できる書類のコピー

【医師の認定証のコピー】

日本循環器学会認定循環器専門医の認定証のコピー2名分

日本心血管インターベンション治療学会認定心血管カテーテル治療専門医、名誉専門医の認定証のコピー1名分

心臓血管外科専門医認定機構による心臓血管外科専門医の認定証のコピー1名分

日本超音波医学会認定超音波専門医、日本周術期経食道心エコー（JB-POT）認定試験合格者、ないし日本心エコー図学会が認証している「SHD 心エコー図認証医」の認定証1名分

様式 B-2経皮的心房中隔欠損/動脈管開存閉鎖術
新規実施施設認定申請書経皮的心房中隔欠損 (ASD) / 動脈管開存 (PDA) 閉鎖術
新規実施施設認定申請書

20 年 月 日

日本心血管インターベンション治療学会 御中

当施設は、経皮的心房中隔欠損/動脈管開存閉鎖術の実施施設として、申請書・添付書類の内容に間違いがないことを確認し、下記のとおり認定を申請します。

閉鎖システム : ASD PDA

フリガナ	
施設名	
フリガナ	
施設長 氏名	
施設 郵便番号	〒 一
フリガナ	
施設 住所	
電話番号	
FAX 番号	

担当科	
フリガナ	
担当科責任者 氏名	
E-mail アドレス	
フリガナ	
実務連絡者 氏名	
E-mail アドレス	

施設内容調書

施設要件 (以下 該当項目にチェックすること)

日本循環器学会認定循環器専門医が 2 名以上在籍すること

日本心血管インターベンション治療学会認定心血管カテーテル治療専門医あるいは名誉専門医が 1 名以上在籍すること

日本超音波医学会認定超音波専門医（日本循環器学会認定循環器専門医ないし心臓血管外科専門医を有する者に限る）、日本周術期経食道心エコー（JB-POT）認定試験合格者、ないし日本心エコー図学会が認証している「SHD 心エコー図認証医」が 1 名以上在籍すること

心臓外科医 2 名以上（うち 1 名は心臓血管外科専門医）が在籍し、遅滞なく緊急開胸手術の実施が可能な施設であること

日本循環器学会の循環器専門医研修施設あるいは研修関連施設であること

日本心血管インターベンション治療学会の認定研修施設あるいは研修関連施設あるいは連携施設であること

心臓血管専門医認定機構の基幹施設ないし関連施設であること（新基準では「心臓基幹」または「心臓関連」施設であること）

先天性心疾患診療において、担当診療科の密接な連携が構築されており、ASD/PDA 閉鎖術の治療適応決定から手技および術前術中術後管理が適切に行える体制を有していること

これまでに 30 症例以上の成人先天性心疾患診療を行っている（疾患の定義は教育プログラム附則参照）

院内にて成人先天性心疾患に関するカンファレンスが行われている

心臓超音波・（心臓/冠動脈）CT・心臓 MRI・心臓カテーテル検査などを用いた成人先天性心疾患患者評価が専門的にできる

開心術の症例数が年間 50 例以上実施している（開心術の定義は教育プログラム付則参照）

先天性心疾患もしくは構造的心疾患に対するカテーテルインターベンションの症例数が年間 40 例以上実施している（インターベンションの定義は付則参照）

経食道心エコー検査を年間 100 例以上実施している

全身麻酔ができ、リアルタイム 3 次元心エコー装置などを置く十分なスペースのあるカテーテル室、ハイブリッド手術室を有する

医療安全研修が行われている

実施症例の CVIT J-SHD レジストリーへの全例登録を確約すること

様式 B-4

経皮的心房中隔欠損/動脈管開存閉鎖術
専門医在籍証明書

専門医在籍証明書

施設名 _____

日本循環器学会認定循環器専門医（代表者 2 名を記載）

	氏名	認定番号
1		
2		

日本心血管インターベンション治療学会認定心血管カテーテル治療専門医/名誉専門医（代表者 1 名を記載）

	氏名	認定番号
1		

心臓血管外科専門医認定機構による心臓血管外科専門医（代表者 1 名を記載）

	氏名	認定番号
1		

日本超音波医学会認定超音波専門医、日本周術期経食道心エコー（JB-POT）認定試験合格者、
ないし日本心エコー図学会が認証している「SHD 心エコー図認証医」（代表者 1 名を記載）

	氏名	資格	認定番号
1		日超医 JB-POT SHD 心エコー	

様式 B-5

経皮的心房中隔欠損/動脈管開存閉鎖術 症例登録事業参加誓約書

症例登録事業に参加する誓約書

日本心血管インターベンション治療学会 御中

当施設は経皮的心房中隔欠損/動脈管開存閉鎖術の症例登録事業に参加し、CVIT の NCD データベース(J-SHD)に全症例登録することを誓約します。登録を実行しない、あるいは虚偽のデータを入力したことが判明した場合、経皮的心房中隔欠損/動脈管開存閉鎖術の施行実施施設認定を取り消されても、異議の申し立ては行いません。

施設名

担当科	
フリガナ	
担当科責任者 氏名	

様式 B-6

経皮的心房中隔欠損/動脈管開存閉鎖術
申請料振込証明書

経皮的心房中隔欠損/動脈管開存閉鎖術
申請料 振込控えコピー貼付用紙

施設名 : _____

申請料 : 50,000 円 (課税 (10%・内税))

【振込先】

みずほ銀行九段支店
普通預金 №1402374
社) 日本心血管インターベンション治療学会

※ASDとPDAの申請施設は、それぞれ申請料が必要になります。まとめてのお振込でも可能です。

※認定料 (50,000円) は、認定通知後にお振込みいただきます (3月予定)。

*請求書もしくは領収書がご入用の際は、以下の情報を CVIT 事務局 (info@cvit.jp) 宛にご連絡ください。

- ①請求書と領収書のどちらが必要か、②宛名、③希望発行日 (請求書の場合)

振込控えコピー貼付 (スペースが足りない場合は追加のA4用紙に貼付して提出してください。)

様式 B-7

経皮的心房中隔欠損/動脈管開存閉鎖術
ホームページ登録同意書

CVIT ASD/PDA ホームページ
「認定施設一覧」に登録する同意書

日本心血管インターベンション治療学会 御中

当施設は「日本心血管インターベンション治療学会」のホームページ上にある「認定施設一覧」に以下の情報が登録および公開されることに同意します。

- 病院名
- 認定術者名、教育指導医名

施設名

担当科	
フリガナ	
担当科責任者 氏名	