（様式　更6-1）

**カテーテルアブレーション治療実績表（申請前々年度）**

申請者氏名（担当者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

**年間症例数　　　　　例**（　　　年4月1日～　　　年3月31日）

**※申請前々年度の実績を記載して下さい。年間症例数を上に記載し、下記症例は20例のみの記載（本実績表は1頁のみ）で結構です。**

症例　　　実施 合併症

番号　　　月日　ｲﾆｼｬﾙ.　　アブレーションNo.　　年齢..性別　診断 　 　アブレーション方法　　 　有・無

　例　 4/5　　T.H. 20　　　 　 　61M　　PAF　　 広範囲同側肺静脈隔離　　　 　無

　 1

　 2

　 3

　 4

　 5

　 6

　 7

　 8

　 9

　10

　11

　12

　13

　14

　15

　16

　17

　18

　19

　20

注:　施設毎に症例番号を付けて下さい。

ｱﾌﾞﾚｰｼｮﾝ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。