一般社団法人日本不整脈心電学会 御中

申請日: 年 月 日

リードレスペースメーカに関する施設要件確認申請書

緊急心臓血管手術の可能な体制を自施設で有していない施設、あるいは心臓血管外科専門医のいない施設のみ申請して

ください。毎年申請いただくことになります（毎年３～４月に必ず本確認申請書をメールで送付してください）。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 申請区分 | * 新規　　　　　　□　再申請 |
| 2 | 申請施設名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 3 | 心臓血管外科が併設されていない施設、  あるいは心臓血管外科専門医がいない施設で  リードレスペースメーカ植込み手術を行う場合  には、右の情報を記入  ※リードレスペースメーカ抜去手術を行うため  には、緊急心臓血管手術が自施設で可能な  体制を有している必要があります  **※1・※2　施設管理者は、施設長（病院長）を**  **指します** | ①連携医療施設と心臓血管外科専門医の責任者名（申請施設管理者  承諾※1および連携施設管理者承諾※2を含む）  申請施設管理者氏名（自署）※1（　　　　　　　　　　　　　　）  連携医療施設名（ ）  連携施設管理者氏名（自署）※2（ ）  連携施設における心臓血管外科専門医の責任者氏名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  ②連携医療施設での緊急外科対応ができる曜日と時間帯  曜日（　　　　　　　）  時間帯（　　　　　　　　　　）  ③どのような場合に、どのような手順で心臓血管外科へ連絡するかを  具体的に記入  **【記入欄】**  ④搬送方法と推定搬送時間  搬送方法（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  推定搬送時間（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  搬送先病院の開胸手術に必要な手術機器、手術室、 麻酔科医、  臨床工学技士、看護師、人工心肺などの準備体制の詳細を記入  **【記入欄】** |
| 4 | 当該申請に関する問合せ担当者名および  メールアドレス | 担当者名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  担当者メールアドレス（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

施設名　　　　　　：

申請者名（医師）：

管理番号（事務局記入）：