

植込み型心臓デバイス新規植込み術治療実績表

(恒久的ペースメーカー植込み術、植込み型除細動器植込み術含む)

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)

※申請前年度の実績を記載して下さい

症例 番号	実施 月日	イニシャル	デバイス No.	年齢 性別	診断	デバイス 種類	合併症 有・無
例	11/1	N.H.	No7	70F	洞不全症候群	DDD	無

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

注:施設毎に症例番号を付けて下さい

デバイス 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