

カテーテルアブレーション治療実績表(申請前々々年度)

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)

※申請前々々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	アブレーション No.	年齢・性別	診 断	アブレーション方法	合併症 有・無
例	4月5日	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							

施設毎に症例番号をつけて下さい。
アブレーション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。