

植込み型心臓デバイス新規植込み術治療実績表(申請前々々年度)
(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	デバイス No.	年齢.性別	診 断	デバイス種類	合併症 有・無
例	11月1日	N.H.	No.7	70F	洞不全症候群	DDD	無
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

施設毎に症例番号をつけて下さい。
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。