

植込み型心臓デバイス新規植込み術治療実績表（申請前年度）

（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。