（様式　新5-1）

**カテーテルアブレーション治療実績表（申請前年度）**

|  |  |
| --- | --- |
| 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）

**※申請前年度の実績を記載して下さい。年間症例数を上に記載し、
下記症例は20例のみの記載（本実績表は1頁のみ）で結構です。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 症例番号 | 実施月日 | ｲﾆｼｬﾙ | ｱﾌﾞﾚｰｼｮﾝNo. | 年齢.性別 | 診断 | アブレーション方法 | 合併症 有・無 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 例 | 4/5 | 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 |  |

注:　施設毎に症例番号を付けて下さい。

ｱﾌﾞﾚｰｼｮﾝ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。