（様式　更6-2）

**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。年間症例数を上に記載し、**

**下記症例は10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 | 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。