（様式　更7-2）

**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 実施　　ｲﾆｼｬﾙ. ﾃﾞﾊﾞｲｽNo. 　 年齢 　診断　　　　　　　ﾃﾞﾊﾞｲｽ 　　　　合併症

番号 　月日　　 　　　 性別　　　　　　　　　 種類 　　　　　　　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。