

経皮的カテーテル心筋冷凍焼灼術 [クライオバルーン(Arctic Front Advance)]に係る申請書(更新)

1.	標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入）		科	
2-1.	日本不整脈心電学会認定不整脈専門医研修施設		☐ 研修施設である	日本不整脈心電学会記入欄
2-2.	心房細動に対する経皮的カテーテル心筋焼灼術を 年間 30 症例以上		2022 年 1 月～12 月に J-AB に登録された AF 症例数: _____ 例	
3.	当該診療科の医師の氏名など			
	常勤医師の氏名	日本不整脈心電学会 認定不整脈専門医	心房細動に対する経皮的 カテーテル心筋焼灼術の 経験症例数	所定研修修了日 (企業記入欄)
①		該当 ・ 非該当	例	年 月 日
②		該当 ・ 非該当	例	年 月 日
③		該当 ・ 非該当	例	年 月 日
④		該当 ・ 非該当	例	年 月 日
⑤		該当 ・ 非該当	例	年 月 日
3-2.	認定期間内に届出内容に変更が生じた、もしくは施設 基準を満たさなくなった際の、変更・辞退の届出		☐ 日本不整脈心電学会へ必ず届出をする	
4-1.	緊急心臓血管手術が可能な体制であるか		☐ 可能な体制である ☐ 可能な体制ではない	
4-2.	<u>(4-1.の回答が「可能な体制ではない」場合)</u> 緊急心臓血管手術が可能な体制を有している保険医療機関と の連携に関して、文書により契約を締結しているか ※1		☐ 締結している (連携先: _____)	
4-3.	自院もしくは連携先での緊急心臓血管手術が不可能 になった際の連絡		☐ 日本不整脈心電学会へ必ず連絡をする	
5-1.	常勤の臨床工学技士が配置されているか（1 名以上）		☐ 配置されている	
5-2.	常勤臨床工学技士の氏名			
6.	当該治療に用いる機器について適切に保守管理が なされていること		☐ 管理している	
7.	当該申請に関する問い合わせ担当者氏名および 連絡先 ※確認通知書は問い合わせ担当者宛に送付		住所：〒 所属部署・氏名： e-mail：	

4-2 ※1 日本不整脈心電学会指定の「医療連携に関する確認書」に記入・施設の公印を押印の上、控え(写し)を提出のこと。

施設名：_____

病院長：_____

施設印

学会印

申請書の控え(写し)を保管してください。