

経皮的カテーテル心筋焼灼術 [レーザーバルーン(HeartLight)] に係る申請書 (新規)

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	<input type="checkbox"/> 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	※該当期間にチェック <input type="checkbox"/> 2022 年 4 月～2023 年 3 月の期間 <input type="checkbox"/> 2022 年 8 月～2023 年 7 月の期間 <input type="checkbox"/> 2022 年 12 月～2023 年 11 月の期間 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 可能な体制である <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 およびメールアドレス	担当者氏名 : 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。

管理番号 : _____