

申請日: 2022 年 月 日

経皮的カテーテル心筋冷凍焼灼術 [POLARx 冷凍アブレーションカテーテル]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	☐ 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	※該当期間をチェックしてください ☐ 2021 年 4 月～2022 年 3 月の期間 ☐ 2021 年 8 月～2022 年 7 月の期間 ☐ 2021 年 12 月～2022 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.	条件を満たす医師が不在になった際の日本不整脈心電学会への連絡		☐ 必ず連絡する	
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.	(4-1.の回答が「可能な体制ではない」場合) 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日本不整脈心電学会への連絡		☐ 必ず連絡する	
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。