

申請日: _____年_____月_____日

パルスフィールドアブレーション[PulseSelect] 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		<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 ※更新申請の前年 1 月～12 月症例数を記載		_____年 1 月～12 月の期間 J-AB に登録された AF 症例数: _____例			
3-1.	研修修了済みかつ症例経験がある（不在の場合は本申請後に最初の症例を行う） 日本不整脈心電学会認定不整脈専門医（常勤）の情報					所定研修修了日 【企業記入欄】
	氏名	専門医 番号	心房細動に対する 経皮的カテーテル心筋焼灼術 の主術者として の経験症例数	当該システムの 所定研修を 修了しているか	主術者として 当該システムの 症例経験があるか	
		例	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	年 月 日	
3-2.	(3-1. 「当該システムの所定研修を修了しているか」が「いいえ」、 「主術者として当該システムの症例経験があるか」の回答が「はい」の場合のみ) ※1					
①	当該システムにおいて 20 症例以上主術者としての経験が あり、その症例が J-AB に登録されているか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
②	① の J-AB 登録症例には医籍番号が登録されているか				<input type="checkbox"/> はい (医籍番号: _____) <input type="checkbox"/> いいえ	
4.	認定期間に届け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			
5-1.	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			
5-2.	(5-1.の回答が「可能な体制ではない」の場合のみ) 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 ※2		<input type="checkbox"/> 締結している (連携先: _____)			
5-3.	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			
6-1.	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			
6-2.	常勤臨床工学技士の氏名					
7.	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"/> 適切に保守管理している			
8.	高周波出力発生装置による追加治療可能な体制		<input type="checkbox"/> 整っている			
9.	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:			

3-2. ※1 経験症例を J-AB に登録済みだが、医籍番号が未登録の場合は日本不整脈心電学会指定の「登録症例一覧」を提出のこと。

5-2. ※2 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 : _____

施設印

病院長 : _____

学会印

申請書の控え(写し)を保管してください。