

カテーテルアブレーション治療実績表

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

症例 番号	実施 月日	仁シアル	アブレーション No.	年齢、性別	診断	アブレーション方法	合併症 有・無
例	4/5	T.H.	20	61M	PAF	広範囲同側肺静脈隔離	無
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

注:施設毎に症例番号を付けて下さい

アブレーション 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