

心臓血管麻酔専門医認定施設年次報告書 (年度)
年 月 日

所在地 〒

TEL

病院名

FAX

院長名

印

年 4 月 1 日現在

★代表心臓血管麻酔専門医

氏名 _____ 日本心臓血管麻酔学会会員番号 (_____)
職名 _____

心臓血管麻酔専門医取得年月日 (_____ 年 月 日) 登録番号 (_____)
E-mail _____

★麻酔科責任者氏名 _____ 職名 _____

★連絡先代表者氏名 _____ E-mail _____

★同一施設に勤務する心臓血管麻酔専門医 (代表心臓血管麻酔専門医を除く)

氏名	日本心臓血管麻酔学会会員番号	心臓血管麻酔専門医取得年月日	心臓血管麻酔専門医登録番号	備考

★年間心臓血管麻酔手術症例数

年間麻酔科管理心臓血管症例数 : _____ 症例 (_____ 年 4 月 1 日 ~ _____ 年 3 月 31 日)

└ 年間麻酔科管理心臓血管症例数の内、人工心肺症例数 _____ 症例

└ 年間麻酔科管理心臓血管症例数の詳細

- (1) 弁疾患 _____ 症例 (2) 虚血性心疾患 _____ 症例
(3) 大動脈 _____ 症例 (4) 先天性心疾患 _____ 症例
(5) その他 _____ 症例

<その他>

- ・毎年 4 月末日までに、提出年の 4 月 1 日の状況および前年度の 4 月 1 日～3 月 31 日の症例数を記載してください。
- ・症例数報告につきまして、可能な施設は 2020 年 4 月の報告より、JSA-PIMS のデータを添付ください。