

**施設調書**

西暦  年  月  日

施設名

施設基準

(確認の○を記入すること)

実施場所

<input type="checkbox"/> 手術室	
<input type="checkbox"/> 常設DSA装置機種名	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> 血管造影室	
<input type="checkbox"/> 常設DSA装置機種名	<input style="width: 95%;" type="text"/>

施設認定

<input type="checkbox"/>	心臓血管外科専門医認定機構認定修練施設
<input type="checkbox"/>	脈管学会認定研修施設
<input type="checkbox"/>	C V I T 認定研修施設・研修関連施設
<input type="checkbox"/>	I V R 専門医修練施設

心臓血管外科専門医による連携（下肢バイパス手術を含めた緊急外科処置の対応、適応検討）

<input type="checkbox"/>	自施設に心臓血管外科専門医が常勤している
診療科	<input style="width: 95%;" type="text"/>
氏名	<input style="width: 95%;" type="text"/>
専門医認定番号	<input style="width: 95%;" type="text"/>

<input type="checkbox"/>	心臓血管外科専門医が常勤している施設と連携している
施設名	<input style="width: 95%;" type="text"/>
診療科	<input style="width: 95%;" type="text"/>
氏名	<input style="width: 95%;" type="text"/>
専門医認定番号	<input style="width: 95%;" type="text"/>

創傷治癒担当

<input type="checkbox"/>	自施設に創傷治癒管理体制を有する		
	担当チームあるいは診療科		
	(創傷ケア、フットケアチームが無い場合は、関連する全ての診療科に○を記入すること)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	他施設との連携
施設名	<input style="width: 95%;" type="text"/>
担当チームあるいは診療科	<input style="width: 95%;" type="text"/>

	(創傷ケア、フットケアチームが無い場合は、関連する全ての診療科に○を記入すること)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

上記の内容に相違ありません。 記入者氏名

記入者所属