

## 浅大腿動脈ステントグラフト留置術 実施報告書

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

浅大腿動脈ステントグラフト実施基準管理委員会 御中

標記のステントグラフトを用いた手技を、下記の心臓血管外科専門医の事前の適応確認のもとに適正に実施することができ、2例の治療に成功したことを報告します。

報告者氏名 \_\_\_\_\_ 実施医登録番号 \_\_\_\_\_

報告者所属施設 \_\_\_\_\_

所属診療科 \_\_\_\_\_

付記：**症例内容詳細**を記載してください。(手術日、患者イニシャル、**内容**、**その他詳細**)

### 第1例目

( \_\_\_\_\_ )

同施設又は連携施設の心臓血管外科専門医による適応の確認を受けました。

適応確認者氏名 \_\_\_\_\_ 専門医認定番号 \_\_\_\_\_

所属施設 \_\_\_\_\_

所属診療科 \_\_\_\_\_

### 第2例目

( \_\_\_\_\_ )

同施設又は連携施設の心臓血管外科専門医による適応の確認を受けました。

適応確認者氏名 \_\_\_\_\_ 専門医認定番号 \_\_\_\_\_

所属施設 \_\_\_\_\_

所属診療科 \_\_\_\_\_