

施設調書

西暦 年 月 日

施設名

施設基準

該当する内容に確認の○をつけ、詳細の記入をすること。

実施場所

<input type="checkbox"/>	手術室 常設DSA装置機種名 <input style="width: 350px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	血管造影室 常設DSA装置機種名 <input style="width: 350px;" 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・研修関連施設
<input type="checkbox"/>	CVIT認定研修施設・研修関連施設
<input type="checkbox"/>	IVR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: 250px;" type="text"/>
	氏名 <input style="width: 250px;" type="text"/>
	専門医認定番号 <input style="width: 250px;" 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: 250px;" type="text"/>
	診療科 <input style="width: 250px;" type="text"/>
	氏名 <input style="width: 250px;" type="text"/>
	専門医認定番号 <input style="width: 250px;" 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"/>	創傷ケア、フットケアチーム	<input type="checkbox"/>	血管外科	<input type="checkbox"/>	心臓血管外科
<input type="checkbox"/>	放射線科	<input type="checkbox"/>	循環器内科	<input type="checkbox"/>	皮膚科
<input type="checkbox"/>	形成外科	<input type="checkbox"/>	整形外科	<input type="checkbox"/>	その他（ <input style="width: 50px;" type="text"/> ）

<input type="checkbox"/>	他施設との連携				
	施設名 <input style="width: 350px;" type="text"/>				
	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"/>	創傷ケア、フットケアチーム	<input type="checkbox"/>	血管外科	<input type="checkbox"/>	心臓血管外科
<input type="checkbox"/>	放射線科	<input type="checkbox"/>	循環器内科	<input type="checkbox"/>	皮膚科
<input type="checkbox"/>	形成外科	<input type="checkbox"/>	整形外科	<input type="checkbox"/>	その他（ <input style="width: 50px;" type="text"/> ）

上記の内容に相違ありません。 記入者氏名

記入者所属