

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 手術室
 常設DSA装置機種名
 血管造影室
 常設DSA装置機種名

施設認定 心臓血管外科専門医認定機構認定修練施設
 脈管学会認定研修施設・研修関連施設
 C V I T 認定研修施設・研修関連施設
 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）

自施設に心臓血管外科専門医が常勤している
 診療科
 氏名
 専門医認定番号

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
 診療科
 氏名
 専門医認定番号

創傷治癒担当

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"/> ）

他施設との連携
 施設名
 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