

(様式T1-1)

実施医基準基礎経験審査 申請書 (胸部)

西暦 年 月 日

関連10学会構成

日本ステントグラフト実施基準管理委員会 御中

私は、企業製造ステントグラフトによる胸部大動脈瘤治療の実施医基準についての基礎経験審査を申請します。

申請者氏名

漢字 印ローマ字 生年月日 年 月 日

※勤務施設は必ず正式名称をご記入ください。

勤務施設 所属 所在地 〒 - TEL FAX E-Mail 自宅住所 〒 - TEL 最終学歴 大学 年 月卒業 大学院 年 月修了医籍登録年月日 年 月 日 医籍登録番号

実施医基準 (基礎経験)

1) 胸部大動脈瘤の治療 (外科手術あるいはステントグラフト内挿術) を術者または 例
助手として10例以上経験している2) 腹部大動脈瘤ステントグラフト内挿術を術者として10例以上経験していること、 例
あるいは腸骨動脈領域の血管内治療を術者として5例および第一助手として15例 例
(EVARあるいはTEVARの第一助手も認める) の合計20例以上経験し、かつ胸部大動脈瘤の 例
ステントグラフト内挿術を指導医のもとに第一助手として5例以上経験していること。3) 腹部大動脈・腸骨動脈領域の外科手術を術者として5例経験している※ 例4) 弓部分枝動脈の外科手術あるいは血管内治療を術者として5例経験している※ 例※ 術者としての経験がない場合は、当該経験を有する医師より治療に直接参加
の同意を得ること (様式T1-7) 同意書 (T1-7) 添付書類送付先 勤務施設 自宅事務局記入欄 T

(様式T1-2)

履 歴 書

西暦 年月日

申請者氏名

漢字 ローマ字 生年月日 年月日 性別 男女

医師免許取得後からの経歴と職歴

<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>
<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>
<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>
<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>
<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>
<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>
<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>
<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>
<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>
<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>
<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>
<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>
<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>

所属学会

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

認定医・専門医（必須項目ではない）

<input type="checkbox"/>	日本心血管インターベンション治療学会認定医	<input type="checkbox"/>	心臓血管外科専門医	<input type="checkbox"/>	外科専門医
<input type="checkbox"/>	日本IVR学会専門医	<input type="checkbox"/>	心臓血管外科専門医	<input type="checkbox"/>	外科専門医
その他	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(様式T1-3)

手術・手技記録 表紙

胸部大動脈瘤の治療（外科手術またはステントグラフト）

10症例（術者または助手）

この表紙を使用して
手術・手技記録のコピー（患者氏名、生年月日を削除すること）を実施日順に綴る

施設（部署）責任者証明

ここに添付された手術・手技記録のコピーは、当施設に保存されている記録原本と相違ないことを証明します。

記載日（西暦） 年月日施設名 部署

責任者署名 _____

印

実施施設が異なる場合に記入すること

記載日（西暦） 年月日施設名 部署

責任者署名 _____

印

(様式T1-4)

手技記録表紙

腹部大動脈瘤のステントグラフト内挿術10例（術者）

あるいは

腸骨動脈領域の血管内治療20例（術者5例、第一助手15例）
および胸部大動脈瘤のステントグラフト内挿術5例（第一助手）

※記録は術者5例、第一助手15例 および胸部大動脈瘤（第一助手）の順番にて並び替えの上、ご提出ください。

この表紙を使用して
手技記録のコピー（患者氏名、生年月日を削除すること）を実施日順に綴る

施設（部署）責任者証明

ここに添付された手技記録のコピーは、当施設に保存されている記録原本と相違ないことを証明します。

記載日（西暦） 年月日施設名 部署

責任者署名 _____

印

実施施設が異なる場合に記入すること

記載日（西暦） 年月日施設名 部署

責任者署名 _____

印

(様式T1-5)

手術記録表紙

腹部大動脈・腸骨動脈領域の外科手術

5症例（術者）

この表紙を使用して
手術記録のコピー（患者氏名、生年月日を削除すること）を実施日順に綴る

※ 術者の経験がない場合は、当該経験を有する医師より直接参加の同意を得ること（様式T1-7）

施設（部署）責任者証明

ここに添付された手術記録のコピーは、当施設に保存されている記録原本と相違ないことを証明します。

記載日 (西暦) 年 月 日

施設名

部署

責任者署名 _____

印

実施施設が異なる場合に記入すること

記載日 (西暦) 年 月 日

施設名

部署

責任者署名 _____

印

(様式T1-6)

手術記録表紙

弓部分枝動脈の外科手術あるいは血管内治療

5症例（術者）

この表紙を使用して
手術記録のコピー（患者氏名、生年月日を削除すること）を実施日順に綴る

※ 術者の経験がない場合は、当該経験を有する医師より直接参加の同意を得ること（様式T1-7）

施設（部署）責任者証明

ここに添付された手術記録のコピーは、当施設に保存されている記録原本と相違ないことを証明します。

記載日（西暦） 年 月 日

施設名

部署

責任者署名 _____

印

実施施設が異なる場合に記入すること

記載日（西暦） 年 月 日

施設名

部署

責任者署名 _____

印

(様式T1-7)

胸部ステントグラフト内挿術 参加同意書西暦 年月日

関連10学会構成

日本ステントグラフト実施基準管理委員会 御中

私は、標記の実施医が行う胸部ステントグラフト内挿術に、助手もしくは術者として直接参加いたします

所属 署名 _____ 印

※同一施設に複数名の医師が常勤している場合は以下に記載する

所属 署名 _____ 印所属 署名 _____ 印

実施医申請者氏名 _____

直接参加医師の術者経験

腹部大動脈・腸骨動脈領域の外科手術 5症例：(様式T1-5を使用)

弓部分枝動脈の外科手術あるいは血管内治療 5症例：(様式T1-6を使用)

該当する様式 (T1-5、T1-6) を表紙にして手術記録のコピー
(患者氏名、生年月日を削除する) を実施日順に綴る。

付記：

変更があったときは、速やかに管理委員会宛に変更届 (様式T7) に本様式を添付して提出すること

事務局記入欄