

(様式A5-2)

施設内容調書

西暦 年 月 日

施設名

実施施設基準 (確認の○を記入してください)

ステントグラフト実施場所

 手術室 血管撮影室

常設DSA装置機種名

有効視野サイズ

 I. I. タイプ: インチ F. P. タイプ: cm × cm (対角 インチ)

X線管型式

 固定陽極型 回転陽極型

大血管手術体制

 看護師 麻酔科医師 臨床工学技士

上記の内容に相違ありません。

記入者氏名

記入者所属

E-mail

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け(様式6)に本様式を添付して提出すること