|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 | フリガナ |
|  |
| 施設長氏名 | フリガナ |
| 公印 |
| 施設住所 | フリガナ |
| 〒　　　　　- |
| 電話番号 | （　　　　　　　）　　　 　　　－ |
| FAX番号 | （　　　　　　　）　　　 　　　－ |
| 担当科 |  |
| 担当科責任者氏名 | フリガナ |
| 印 |
| E-mail |  |

**BPA指導施設申請書**

BPA指導施設に申請される場合は、下記の項目にご記入の上、BPAワーキンググループに申請してください

　　　　　　年　　　月　　　日

BPAワーキンググループ御中

1.過去5年間の肺動脈性高血圧症（PAH）症例（入院日・年齢・性別・診断名）30例のリストをご提出ください（様式自由）

※内、慢性血栓塞栓症肺動脈症（CTEPH）5例を含む

※左心疾患に伴う肺高血圧症を除く

2.昨年度１年間にPCI、EVT（下肢・腎動脈など）、SHDを含めたカテーテルインターベンション治療（BPAは含まない）を実施した症例数をご記入ください

|  |  |
| --- | --- |
| 術式 | 件数 |
| PCI |  |
| EVT |  |
| SHD |  |
| **合計** |  |

3.過去5年間に貴施設に在籍している指導医名・実施医名をご記入ください

■指導医　いる / いない

指導医名

■実施医　いる / いない

　実施医名

4.2021年4月以降に貴施設に在籍される指導医名・実施医、実施医以外の術者予定者をご記入ください

■指導医名

■実施医名

■術者予定者名

5.昨年度１年間に実施された心臓外科医による開心術症例数をご記入ください

　例）弁置換・弁形成20例、CABG10例 等

|  |  |
| --- | --- |
| 手術名 | 症例数 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **合計** |  |

6.連携をとられているPEA実施医はどなたですか。施設名と氏名をご記入ください

施設名

実施医名

以上