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

**一社)日本循環器学会**

**BPA実施施設認定申請書**

　　　　　　年　　　月　　　日

1. 過去5年間に診察した肺高血圧症（肺動脈性高血圧症（PAH）、慢性血栓塞栓性肺高血圧症（CTEPH）の計25症例以上（診断日・年齢・性別・診断名）を別フォーマットに記入ください。

※そのうち、慢性血栓塞栓性肺動脈症（CTEPH）10例以上を含む

※左心疾患に伴う肺高血圧症を除く

2.貴施設に常勤として在籍しているBPA実施医の御氏名をご記入ください。

　御氏名

3.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。※年間100例以上

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

4.PEA術者とmultimodal approachによって治療法の決定ができる体制にある。

　□はい

　※チェックをおねがいします。

5.連携を取られているPEA術者はどなたですか。施設名と氏名をご記入ください。

　施設名

　お名前

以上