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

**一社)日本循環器学会**

**BPA実施施設認定更新申請書**

　　　　　年　　　月　　　日

１．慢性血栓塞栓性肺高血圧（CTEPH）のBPA対象となる新規患者症例数を以下に記入の上、詳細な情報を別フォーマットに記入ください。

　　　※3年間で10例以上であること

|  |  |
| --- | --- |
| 新規患者症例数 |  |

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。

実施医氏名：

３.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。

4.連携をとられているPEA術者はどなたですか。施設名と氏名を記入ください。

施設名

御氏名

＊＊＊＊以下は2028年度更新対象施設のみ記入ください＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

5.PEAの施行症例数､紹介症例数、コンサルテーション症例数をご記入ください。

　（3年間であわせて3例以上であること。なお文書通信のみ、Webでのコンサルテーションも可）

|  |  |
| --- | --- |
| 施行症例数 |  |
| 紹介症例数 |  |
| コンサルテーション症例数 |  |
| 合 計 |  |

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

6.J-BPAレジストリの登録を行っている。

　□はい

　※チェックください。

以上