

潜因性脳梗塞に対する卵円孔開存閉鎖術 実施施設認定更新申請書

西暦 _____ 年 ____ 月 ____ 日

PF0協議会 御中

当施設は、潜因性脳梗塞に対する経皮的卵円孔開存閉鎖術の実施施設として、申請書・添付書類の内容に間違いがないことを確認し、認定更新を申請します。

フリガナ	
施設名	
フリガナ	
施設長 氏名	公印
フリガナ	
施設 住所	〒 _____
電話番号	(_____) _____

脳卒中部門診療科名 *外部と連携する場合は施設名	
フリガナ	
担当科責任者 氏名	印
E-mail アドレス	@
フリガナ	
担当者 氏名	印
E-mail アドレス	@

循環器部門診療科名	
フリガナ	
担当科責任者 氏名	印
E-mail アドレス	@
フリガナ	
担当者 氏名	印
E-mail アドレス	@

チェックリスト

申請書類一式

- 様式 1 実施施設認定更新申請書
- 様式 2 チェックリスト
- 様式 3 専門医 在籍証明書
- 様式 4 症例登録事業に参加する誓約書
- 様式 5 申請料・認定料振込み控えコピー貼付用紙
- 様式 6 実施医認定更新申請書

添付書類

(施設の認定証のコピー)

- 日本循環器学会認定循環器専門医研修施設の認定証コピー
- 日本心血管インターベンション治療学会認定研修施設の認定証コピー
- 心臓血管外科専門医認定機構による認定医修練施設の認定証コピー
- 日本脳卒中学会認定研修教育施設の場合、認定証、もしくは掲載されているホームページのコピー
- J-SHD (NCD) 登録リストのコピー
- 別紙 1 日本脳卒中学会認定研修教育施設と連携の場合、診療連携を示す文書
- 別紙 2 認定期間内 (3年間) における実績症例数等の確認書類
- 別紙 3 認定期間内 (3年間) におけるPF0閉鎖術の症例一覧 (エクセル)

(医師の認定証のコピー)

- 日本循環器学会認定循環器専門医の認定証のコピー3名分
- 日本心血管インターベンション治療学会専門医、認定医の認定証のコピー3名分
- 心臓血管外科専門医認定機構による心臓血管外科専門医の認定証のコピー1名分
- 日本超音波医学会認定超音波専門医、日本周術期経食道心エコー (JB-POT) 認定試験合格者、ないし日本心エコー学会が認証している「SHD 心エコー図認証医」の認定証1名分
- 日本脳卒中学会専門医の認定証のコピー1名分

専門医 在籍証明書

施設名 _____

日本循環器学会認定循環器専門医 (代表者 3 名を記載)

	氏名	認定番号	ASD 閉鎖術認定医にチェック
1			
2			
3			

日本心血管インターベンション治療学会専門医・認定医 (代表者 3 名を記載)

	氏名	認定番号	ASD 閉鎖術認定医にチェック
1			
2			
3			

日本脳卒中学会専門医 (代表者 1 名を記載)

	氏名	認定番号
1		

日本超音波医学会認定超音波専門医、日本周術期経食道心エコー (JB-POT) 認定試験合格者、ないし 日本心エコー学会が認証している「SHD 心エコー図認証医」(代表者 1 名を記載)

	氏名	資格	認定番号
1		<input type="checkbox"/> 日超医 <input type="checkbox"/> JB-POT <input type="checkbox"/> SHD 心エコー	

心臓血管外科専門医 (代表者 1 名を記載)

	氏名	認定番号
1		

症例登録事業に参加する誓約書

PF0協議会 御中

西暦 _____ 年 ____ 月 ____ 日

当施設は潜因性脳梗塞に対する経皮的卵円孔開存閉鎖術に関するCVITのNCDデータベース (J-SHD) : PF0レジストリーに全症例登録することを誓約します。登録を実行しない、あるいは虚偽のデータを入力したことが判明した場合、潜因性脳梗塞に対する経皮的卵円孔開存閉鎖術実施施設認定を取り消されても、異議の申し立ては行いません。

施設名 _____

担当科	
フリガナ	
担当科責任者 氏名	印

潜因性脳梗塞に対する卵円孔開存閉鎖術
申請料・認定料振込み控えコピー貼付用紙

施設名： _____

申請料：50,000 円

認定料：50,000 円

振込先：金融機関：みずほ銀行

支店名：新川支店

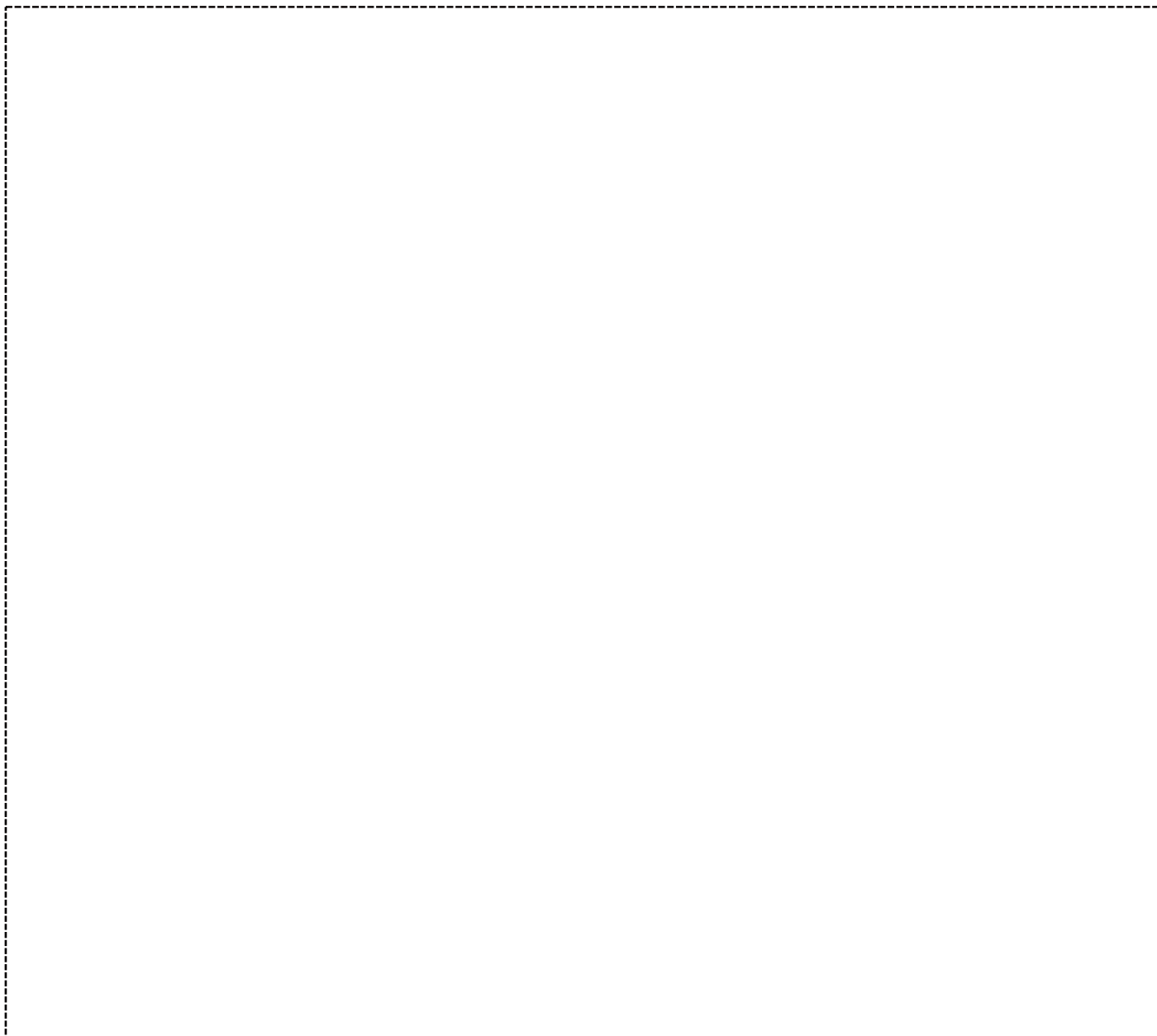
種別：普通

口座番号：3011583

口座名義：一般社団法人日本心血管インターベンション治療学会 PF0

*一括して振込みしたものでも可能。スペースが足りない場合は追加の A4 用紙に貼付して提出すること。

振込み控えコピー貼付位置



潜因性脳梗塞に対する経皮的卵円孔開存閉鎖術 実施医認定更新申請書

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

PFO協議会 御中

当施設は、潜因性脳梗塞に対する経皮的卵円孔開存閉鎖術の実施医として、以下の医師の認定更新を申請します。

フリガナ	
施設名	
フリガナ	
施設長 氏名	公印
フリガナ	
施設 住所	〒 _____
電話番号	(_____) _____

循環器部門診療科名	
フリガナ	
担当科責任者 氏名	印
E-mail アドレス	@

実施医氏名	メールアドレス	日本循環器学会専門医認定番号	CVIT 専門医・認定医番号	生年月日

*施設認定と別途実施医のみ申請をする場合は、必要に応じて、以下の書類を添付する。

- 日本循環器学会認定循環器専門医の認定証のコピー
- 日本心血管インターベンション治療学会専門医、認定医の認定証のコピー

潜因性脳梗塞に対する卵円孔開存閉鎖術 脳卒中—循環器診療連携の文書

西暦 年 月 日

*申請を行う施設が日本脳卒中学会認定研修教育施設でない場合に、本紙を提出すること
両施設は、潜因性脳梗塞に対する卵円孔開存閉鎖術の実施に際し連携し、定期的なブレインハートチーム
協議を実施いたします。

フリガナ	
閉鎖術実施施設名	
フリガナ	
施設長 氏名	公印
フリガナ	
施設 住所	〒 —
電話番号	() —
フリガナ	
担当医師 氏名	
E-mail アドレス	@

フリガナ	
連携脳卒中施設名	
フリガナ	
施設長 氏名	公印
フリガナ	
施設 住所	〒 —
電話番号	() —
フリガナ	
担当医師 氏名	
E-mail アドレス	@

認定期間内(3年間)におけるPF0閉鎖術症例数(認定日開始から2023年12月31日までの症例数)

施設: 認定期間内(3年間)に10例以上	症例数	例
----------------------	-----	---

※別紙3 認定期間内(3年間)におけるPF0閉鎖術の症例リスト(エクセル)も提出

手術実績・検査

2年間の先天性心疾患もしくは構造的な心疾患に対するカテーテルインターベンションの症例数(2年間 80例以上) ※J-SHD / EVT登録リストをプリントアウトして提出	例
開心術の症例数(年間50例以上) ※開心術の定義参照	例
先天性心疾患あるいは構造的な心疾患に対しての経食道心エコー図検査数(年間 100例以上)	例
卵円孔開存診断を目的とした TEE バブルスタディーの実施数(年間 10例以上)	例

設備機器(以下該当項目にチェックすること)

全身麻酔ができ経食道心エコー図もしくは心腔内心エコー図が実施可能なカテーテル室を有する	
---	--

※開心術の定義

- 1)人工心肺を用い、心内操作を伴う心臓、大血管(肺動脈末梢までを含む)の手術(大動脈単独の手術は除く)
- 2)冠動脈バイパス単独は除く。

※提出書類に疑義が生じた場合、サイトビジットを考慮する。

上記の内容に相違ないことを証明します。

フリガナ	
施設名	
フリガナ	
施設長 氏名	公印
フリガナ	
施設 住所	〒 -
電話番号	() -

心臓血管外科部門 診療科名	
フリガナ	
担当科責任者 氏名	印
E-mail アドレス	@

循環器部門診療科名	
フリガナ	
担当科責任者 氏名	印
E-mail アドレス	@