

心不全・心筋症専門医制度

心不全・心筋症専門医施設 認定申請書（新規）

日本心不全学会 理事長殿
日本心不全・心筋症専門医制度 基幹施設・関連施設認定について、下記のとおり申請します。

申請施設		申込日			年		月		日
フリガナ									
施設名									
住所	〒		都道府県						
電話番号									
施設長	役職名		氏名						
			押印						
申請者	役職名(*心不全・心筋症専門医不在時は、責任者・科長を記載)		氏名						
			押印						
	心不全・心筋症専門医 認定番号 (2030年の申請までは必須ではない)								
メールアドレス									

* 連絡の取れるメールアドレスを記入ください。

日本循環器学会研修施設登録番号		
-----------------	--	--

該当する有資格者										
フリガナ										
氏名										
職種 (該当するものに○)	看護師	☐	理学療法士	☐	薬剤師	☐	その他	☐		
	慢性心不全看護認定看護師 / 心不全看護認定看護師								☐	
その他の場合は右に記載		心不全療養指導士								☐

該当する有資格者										
フリガナ										
氏名										
職種 (該当するものに○)	看護師	☐	理学療法士	☐	薬剤師	☐	その他	☐		
	慢性心不全看護認定看護師 / 心不全看護認定看護師								☐	
その他の場合は右に記載		心不全療養指導士								☐

事務局通信欄	
受領日：	

心不全・心筋症専門医制度

心不全カンファレンス 開催概要

開催頻度										
参加職種 (参加職種にチェック)	医師	☐	看護師	☐	医療ソーシャルワーカー	☐	管理栄養士	☐	緩和医療専門医	☐
	薬剤師	☐	理学療法士	☐	臨床心理士	☐	その他(右に記載)	()	☐	
協議内容の概要要約 (患者の個人情報を保護してカンファレンス記録のコピーを提出してください)										

診療実績報告書						
基幹施設：項目1～5のうち全てを満たす						
関連施設：項目1～3,5を満たし、4を満たさない						
評価項目		必要症例数	自施設報告数 (3年間合計)			
1	心肺運動負荷試験	90例	例			
2	心臓再同期療法または 植込み型除細動器の新規植込み	15例	例			
3	心筋生検または心臓MRI (それぞれ15件以上の実施件数が必要)	90例	心筋生検	例	合計	例
			心臓MRI	例		
4	経皮的僧帽弁接合不全修復術	9例	例			
	実施施設認定番号		認定期間	年	月まで	
5	循環補助用心内留置型ポンプカテーテル	15例	例			
	実施施設認定番号		認定期間	年	月まで	

* CPXとCMRを他施設に依頼している場合、依頼件数を証明できる書類を添付しなければならない。
* 項目4と項目5については、それぞれ施設認定証を添付しなければならない。

上記の評価項目より、合致する方を選択	基幹施設 (上記の1-5すべてを満たす)	☐
	関連施設 (上記の1-3と5を満たし、4を満たさない)	☐