

(様式T5-2)

施設内容調書(胸部)

西暦 年 月 日

施設名

実施施設基準 (確認の○を記入してください)

ステントグラフト実施場所

- ☐ 手術室
- ☐ 血管撮影室

常設DSA装置機種名

有効視野サイズ

- ☐ I. I. タイプ: インチ
- ☐ F. P. タイプ: cm × cm (対角 インチ)

X線管型式

- ☐ 固定陽極型
- ☐ 回転陽極型

人工心肺装置機種名

大血管手術体制

- ☐ 麻酔科医師
- ☐ 看護師
- ☐ 臨床工学技士

上記の内容に相違ありません。

記入者氏名

記入者所属

--

付記:

変更があったときは、速やかに管理委員会宛に変更届け（様式T6）に
本様式を添付して提出すること