

(様式T8-2)

施設内容調書(更新用)

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