



## 心臓血管外科ライブ手術 企画書（様式1）

申請日：（西暦） 年 月 日

日本心臓血管外科学会医療安全管理委員長殿

施設名：

申請者氏名：

1. ライブの名称	
2. ライブの目的	
3. ライブ開催日時	
年 月 日 時 ～ 年 月 日 時	
4. 実施責任者所属氏名	
<input type="checkbox"/> 関連学会認定の指導医あるいは専門医である	
5. ライブ視聴会場	
6. ライブ手術実施施設	
施設名 1	<input type="checkbox"/> 関連学会認定の教育修練施設である
施設名 2	<input type="checkbox"/> 関連学会認定の教育修練施設である
施設名 3	<input type="checkbox"/> 関連学会認定の教育修練施設である

7. 術者情報	
術者 1	氏名
	<input type="checkbox"/> 関連学会認定の指導医あるいは専門医である 所属施設： ライブ手術実施施設：
術者 2	氏名
	<input type="checkbox"/> 関連学会認定の指導医あるいは専門医である 所属施設： ライブ手術実施施設：
術者 3	氏名
	<input type="checkbox"/> 関連学会認定の指導医あるいは専門医である 所属施設： ライブ手術実施施設：
術者 4	氏名
	<input type="checkbox"/> 関連学会認定の指導医あるいは専門医である 所属施設： ライブ手術実施施設：
8. 患者手術内容	
術式 1	術式名
	ライブ手術の意義
	術式の選択 <input type="checkbox"/> 術式選択に議論のある疾患ではない <input type="checkbox"/> 術者や施設にとって習熟した標準的な手術である <input type="checkbox"/> 合併症や死亡率の高い手術ではない <input type="checkbox"/> 新たな手術器具やデバイスを用いたライブ手術ではない <input type="checkbox"/> 国内にて承認済みの手術器具やデバイスを用いる
	手技上の問題点 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 有の場合の理由：
	患者情報 <input type="checkbox"/> 未定 年齢： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 診断名：

術式 2	術式名
	ライブ手術の意義
	術式の選択 <input type="checkbox"/> 術式選択に議論のある疾患ではない <input type="checkbox"/> 術者や施設にとって習熟した標準的な手術である <input type="checkbox"/> 合併症や死亡率の高い手術ではない <input type="checkbox"/> 新たな手術器具やデバイスを用いたライブ手術ではない <input type="checkbox"/> 国内にて承認済みの手術器具やデバイスを用いる
	手技上の問題点 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 有の場合の理由：
	患者情報 <input type="checkbox"/> 未定 年齢： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 診断名：
術式 3	術式名
	ライブ手術の意義
	術式の選択 <input type="checkbox"/> 術式選択に議論のある疾患ではない <input type="checkbox"/> 術者や施設にとって習熟した標準的な手術である <input type="checkbox"/> 合併症や死亡率の高い手術ではない <input type="checkbox"/> 新たな手術器具やデバイスを用いたライブ手術ではない <input type="checkbox"/> 国内にて承認済みの手術器具やデバイスを用いる
	手技上の問題点 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 有の場合の理由：
	患者情報 <input type="checkbox"/> 未定 年齢： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 診断名：

術式 4	術式名
	ライブ手術の意義
	術式の選択 <input type="checkbox"/> 術式選択に議論のある疾患ではない <input type="checkbox"/> 術者や施設にとって習熟した標準的な手術である <input type="checkbox"/> 合併症や死亡率の高い手術ではない <input type="checkbox"/> 新たな手術器具やデバイスを用いたライブ手術ではない <input type="checkbox"/> 国内にて承認済みの手術器具やデバイスを用いる
	手技上の問題点 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 有の場合の理由：
	患者情報 <input type="checkbox"/> 未定 年齢： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 診断名：
9. 連絡先 (企画書に対する問い合わせ先)	
氏名： 所属： 電話番号： メールアドレス：	