



## 心臓血管外科ライブ手術 実施計画書 (様式 2)

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	
司会者所属氏名：	
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 <input type="checkbox"/> ライブ手術に関する IC あり <input type="checkbox"/> 手術同意書あり <input type="checkbox"/> 倫理委員会の承認あり <input type="checkbox"/> 施設長の承認あり
	コーディネーター所属氏名：

施設名 2	
	<input type="checkbox"/> 関連学会認定の教育修練施設である <input type="checkbox"/> ライブ手術に関する IC あり <input type="checkbox"/> 手術同意書あり <input type="checkbox"/> 倫理委員会の承認あり <input type="checkbox"/> 施設長の承認あり
	コーディネーター所属氏名：
施設名 3	
	<input type="checkbox"/> 関連学会認定の教育修練施設である <input type="checkbox"/> ライブ手術に関する IC あり <input type="checkbox"/> 手術同意書あり <input type="checkbox"/> 倫理委員会の承認あり <input type="checkbox"/> 施設長の承認あり
	コーディネーター所属氏名：
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
	予定手技手順
	ライブ手術の意義
	手技上の問題点 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 有の場合の理由：
	年齢： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 診断名： 現病歴： 既往歴： 身体所見・検査所見： 画像の添付： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
術式 2	術式名
	予定手技手順
	ライブ手術の意義
	手技上の問題点 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 有の場合の理由：
	年齢： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 診断名： 現病歴： 既往歴： 身体所見・検査所見： 画像の添付： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

術式 3	術式名
	予定手技手順
	ライブ手術の意義
	手技上の問題点 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 有の場合の理由：
	年齢： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 診断名： 現病歴： 既往歴： 身体所見・検査所見： 画像の添付： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：
術式 4	術式名
	予定手技手順
	ライブ手術の意義
	手技上の問題点 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 有の場合の理由：
	年齢： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 診断名： 現病歴： 既往歴： 身体所見・検査所見： 画像の添付： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

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：