**IVRサマリー（症例数に応じて複製して使用すること）**

**申請者氏名**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.**＊1 |  | | | **大項目**※2 |  | **中項目**※2 |  |
| **診断名** |  | | | | | | |
| **ID番号　　　　（空欄で提出のこと**※3**）**　**年齢　　　　　　性別**　男・女 （いずれかを○で囲む）  手技施行日　　　　　年　　　月　　　日  専門医　　　　　　　　　　　（所属　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　IVR専門医番号　　　　　　　）  手技参加種別　　術者 ・ 第一助手 ・ 第二助手 （いずれかを○で囲む） | | | | | | | |
| **経過** | | （患者の病歴に関して、手技に至るまでの経過を簡潔に記載） | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **手技の計画** | | | （手技を施行するまでの具体的計画に関して簡潔に記載） | | | | |
|  | | | | | | | |
| **手技内容** | | | （手技内容を記載。内容に応じてバイタルサインの経過を含む） | | | | |
|  | | | | | | | |
| **手技後経過** | | | （手技の成否およびその後の患者の経過を簡潔に記載） | | | | |
|  | | | | | | | |

※1　様式2の番号に一致させること

※2　様式4の分類に準じて記載すること

※3　提出の際は、IDは空欄とするが、症例に疑義がある場合は詳細を提出していただくことがあるため、院内のIDと照合できるようにしておくこと。