様式２

**呼吸器外科ロボット支援手術および指導実績一覧表**

* これまでの、主たる術者\*としての経験症例数

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ロボット支援手術 | 開始期日（西暦） | 症例数\*\* |
| 肺癌手術 |  |  |
| 胸腺手術 |  |  |
| 縦隔腫瘍手術（胸腺腫を除く） |  |  |
| その他　（　　　　　　　　　　　　） |  |  |
| 合　　計 |  |  |

\* 主たる術者の目安は60%以上の手術担当と考えてください。

　\*\*　同時に2術式した場合は別々にカウントできます。

コンバート症例もカウントできます。

* これまでの、指導者としての症例数\*\*\*

|  |  |
| --- | --- |
| ロボット支援手術 | 症例数 |
| 肺癌手術 |  |
| 胸腺手術 |  |
| 縦隔腫瘍手術（胸腺腫を除く） |  |
| その他　（　　　　　　　　　　　　） |  |
| 合　　計 |  |

\*\*\* 指導者としての実績はプロクター認定に必須ではありませんが、経験があれば記載してください