**ロボット支援手術　プロクター**報告書

○手術施行日：　　　　　年　　　　月　　　　日

○指導施設：　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

○プロクター

　　氏名：

　　施設：

　　e-mail：

○術式：　ロボット支援下（　　　　　　　　　　　） 術

○機器トラブルの有無：　□　有　　　□　無

　　内容（有の場合）

○術中合併症の有無：　□　有　　　□　無

内容（有の場合）

○その他のコメント：