西暦　　　年　　月　　日

患者への侵襲的処置の新規導入にかかる申請書

順天堂大学医学部附属静岡病院 院長 殿

順天堂大学医学部附属静岡病院 倫理審査委員会 委員長 殿

申請者　 所属：

　　　　　職名：

氏名： (署名)

TEL(内線)：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属長　　氏名： (署名)

下記のとおり、患者への侵襲的処置の新規導入の申請をしますので、審査をお願い致します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 課　題 |  |
| 審査区分 | [ ]  通常審査　[ ]  迅速審査 （理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 対象患者 | ID：　　　　　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　　　　　　（　　歳） |
| 病　　名 |  |
| 手術予定 | 西暦　　　　年　　月　　日　　　□承認され次第 |
| 緊 急 性 | [ ] 緊急（数日中の審議が必要）　[ ] 通　常（2週間以内に審議が必要）[ ] その他（　　　　　　　　　　　）　　　※　日数はあくまで目安 |
| 導入する処置の内容とその理由 |  |
| 適応判断 | 保険適用の有無：　 [ ] 有 ・ [ ] 無施設基準の申請有無：　 [ ] 有 ・ [ ] 無 |
| 本治療を用いない場合の代替治療法 | 難易度（高難度新規医療技術該当性や外保連で示す難易度など） |
| 全国的症例数 |  |
| 附属病院症例数 |  |
| 術者の経験値 |  |
| 実施体制 | ※高難度新規医療技術に該当する場合は、必要とされる資格、体制の整備状況も記載する。 |
| 費用負担 | □患者負担　　□診療科負担　　□病院負担（別途決裁必須/金額・回数・合計金額を下記“その他”に記載） |
| その他 |  |
| 添付資料 | [ ] 専門医師の召喚の有無■患者に対する同意説明文書（必須）■エビデンス資料（資料名：　 　　　　　　　　　）（必須）[ ] カンファレンス資料（実施日、出席者を必ず記載）[ ] その他参考資料（資料名：　　　　　　　　　　　　　） |