　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様式1-1

**保 険 外 診 療 審 査 申 請 書**

|  |
| --- |
| 診療科長 |
| 印 |

※受付日

※受付番号

     年     月     日

山形県立中央病院　院長　殿

　　　　　　　　　　　　　 申請者

所　属　     　職　名　

氏　名      　　　　　印

　このたび以下の内容の保険外診療案件に関し必要な資料を添え審査を申請致します。

１．　審査の種類（ 提出する資料を☒としてください ）

　通常審査

　迅速審査 （案件によっては迅速審査での承認後通常審査が必要となる場合があります）

２．審査の対象

　適応外使用医薬品および診療材料（承認に係わる用法，用量，効能，効果と異なる使用で用いる医薬品および診療材料）

　未承認医薬品（日本で製造販売承認を受けていない医薬品）

　禁忌の該当する医薬品（添付文書で「禁忌」とされている患者群に対して当該医薬品を使用する場合）

　国内未承認医療機器の使用

　手術およびそれに準ずる治療

　その他，委員会で審議する必要があると委員長が判断する課題

３．使用目的（対象疾患および治療効果）

４．使用薬剤の種類，使用方法，使用量

５．使用期間

　今回のみ

　継続使用　（使用期間**，**年間の使用回数）

６．使用場所

外来  入院　 その他（）

７．費用および支払い方法

１）1回の治療に要する費用（薬剤単価，手術料等）

２）支払い方法

　自由診療(今回の診療に係わる費用の全額を患者が支払う)

　保険請求

　レセプトの症状詳記で対応

　使用薬剤分の費用を病院負担

８．有害事象

　　１）予想される有害事象およびその対処方法

２）重篤な有害事象が発生した際の補償

　補償無し（保険診療で対応）

　補償有り（）

９．当院（他科も含めて）での使用経験

　無し

　有り（）

１０．患者への説明および同意の取得方法

　無し

　口頭で取得しカルテへ記載

　説明同意文書を使用（指定の書式による同意説明文書を添付して下さい）

１１．文献またはガイドライン

　無し

　有り（資料を添付して下さい）

１２．社会保険診療報酬支払基金「審査情報提供検討委員会」による審査情報提供事例の有無

　無し

　有り

１３．担当責任者（申請者と異なる場合は記載して下さい）

診療科氏名