（様式第３号）

申請日：　　　　年　　月　　日

**高難度新規医療技術等　実施申請書**

高難度新規医療技術等医療安全評価室長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科等名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科長等名：　　　　 　 印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　実施責任医師名： 　　 　　　 印

　下記の高難度新規医療技術等（医療技術・医薬品等・医療機器等）を実施する患者が決定しましたので、提出します。

１．高難度新規医療技術等の名称：

２．実施予定日：　　　　　　年　　　月　　日

３．患者氏名：　　　　　　　　　患者ID：　　　　　　性別：　　　　年齢：

４．術者（又は処方する医師）：

５．患者への説明・同意：

　　①当該高難度新規医療技術等と他の医療技術等との利点、欠点　②保険適応の有無

③執刀医師（又は処方する医師）の経験の程度　④外部招聘医師（氏名/所属/経験）などを十分に説明し同意を得た。　→　　はい　　いいえ

６．診療科内での検討：

　　高難度新規医療技術等を導入する予定の対象患者及び患者の治療方針に関するカンファレンスでの議論の概要　（議論したカンファレンス名、開催日時、議事内容のわかる資料を添付ください）

※高難度新規医療技術等の審査の際に患者が特定していなかった場合、導入１例目の患者が特定されたら、実施２週間前までに提出ください。