（様式第４－１号医療技術）

　　年　　月　　日

**高難度新規医療技術等を用いた医療提供に関する実施報告書**

高難度新規医療技術等医療安全評価室長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科名：　　　　　　　　　　　　　：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科長名：　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　 実施責任医師名：　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（連絡先：　　　　　）

下記のとおり高難度新規医療技術等の医療提供を実施しましたので報告いたします。

記

1. 実施状況（□にチェックしてください。）

□定期報告　（　□実施後１ヶ月以内　　　□実施半年後　　　□実施１年後　）

□当該医療の提供に伴う有害事象の発生

□当該医療の提供を終了　（中止・中断）

　□その他　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 高難度新規医療技術の名称

【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】

３．適否の結果通知日：　　　年　　月　　日

４．患者ID：（　　　　　　　　　　）

５．術後経過報告

手術実施症例数：　　　症例目

手術実施日：　　　年　　月　　日

入院期間：　　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日（　　日間）

概要（術後経過）：※内容を下記に記載してください。

６．有害事象　　　　無し（　　　　）　　　有り（　　　　　）

　　　　　　　※有りの場合、その内容を下記に記載してください。

７．報告資料

（退院要約、手術記録、同意書、診療録（抜粋）等を別紙で添付してください。）

※患者が死亡した場合その他重篤な有害事象があった場合は、速やかに医療安全評価室へ報告してください。