

※ この用紙を「施設基準等の届出状況の報告書」に表紙として添付してください。

整理番号

※整理番号の記入は不要です。

施設基準の届出状況等の報告について

別添のとおり報告します。

平成 年 月 日

保険医療機関等の所在地及び名称

所在地

名称

開設者名 印

医療機関等コード

報告担当者所属課所名

報告担当者名 []

電話番号 () -

ファクシミリ番号 () -

東北厚生局長 様

チェックリスト〔施設基準等の届出状況等の報告〕

提出の有無欄に☑チェックマークを付して、報告書と一緒に提出してください。無に☑した様式については、提出不要です。

医療機関	届出様式	提出の有無	様式番号	提出の有無	様式番号
病院	別紙様式	<input type="checkbox"/> 有	別紙様式 1-1①②	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 6
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 1-2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 7
		<input type="checkbox"/> 有	別紙様式 1-3	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 8
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 4-1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 9
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 4-2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 12
	施設基準 (基本診療料)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 5
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 6
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 3	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 7
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 4		
	施設基準 (特掲診療料)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 6
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 7
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 3	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 8
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 4	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 9
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 5		
	保険外併用 療養費	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 3
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 2		
有床 診療所	別紙様式	<input type="checkbox"/> 有	別紙様式 2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 7
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 4-1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 9
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 4-2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 12
	施設基準 (基本診療料)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 7	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 9
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 8		
	施設基準 (特掲診療料)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 8
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 10
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 5		
保険外併用 療養費	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 3	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 2			
無床 診療所 A	別紙様式	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 7	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 12
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 9		
	施設基準 (特掲診療料)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 8
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 10
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 5		
保険外併用 療養費	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 3	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 2			
無床 診療所 B	別紙様式	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 7	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 12
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 9		
	保険外併用 療養費	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 3
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 2		
歯科	別紙様式	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 5	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 12
	施設基準	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	歯科・特掲診療料		
	実績報告	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	歯科・実績報告 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	歯科・実績報告 2

※ 様式番号は連続した番号となっております。

医療機関コード:

医療機関名称:

(別紙様式7)

予約に基づく診察等の保険外併用療養費届出報告書

(平成29年7月1日現在)

届出のない場合、
提出は不要です。

保険医療機関名

保険医療機関コード

	料金額(消費税込)	開始年月日
予約に基づく診察	円	
時間外診察	円	

※ 開始年月日欄には、現在の料金額の徴収を開始した年月日を記入してください。

(別紙様式9)

医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療であって
別に厚生労働大臣が定めるものの実施報告書
(平成29年7月1日現在)

届出のない場合、
提出は不要です。

保険医療機関名

保険医療機関コード

診療の名称	施設基準の届出受理 年月日及び受理番号	患者からの徴収額(税込)
	年 月 日 ()第 号	円
	年 月 日 ()第 号	円
	年 月 日 ()第 号	円
	年 月 日 ()第 号	円
	年 月 日 ()第 号	円

注1 「診療の名称」欄については、「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」(平成18年厚生労働省告示第498号)第7号の5に掲げる名称を記載すること。

注2 「施設基準の届出受理年月日及び受理番号」欄については、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(平成28年3月4日保医発0304第2号)の規定に基づく地方厚生(支)局長への施設基準の届出受理内容について記載すること。

ただし、当該医科点数表等に規定する回数を超えて行う診療に施設基準が定められていない場合は、記載する必要がないこと。

(別紙様式 12)

費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行に関する報告書

「正当な理由」について、届出をしていない場合、提出は不要です。

(平成29年7月1日現在)

都道府県名

保険医療機関コード ※レセプトに記載する7桁の 数字を記載すること。		
保険医療機関の名称		
保険医療機関の種別 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 1. 病院 <input type="checkbox"/> 2. 診療所	
医科・歯科の別 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 1. 医科 <input type="checkbox"/> 2. 歯科	
許可病床数	床	
明細書を無料で 交付していない患者 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 全ての患者	<input type="checkbox"/> 公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者
正当な理由 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 1. 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している <input type="checkbox"/> 2. 自動入金機を使用しており、自動入金機での明細書発行を行うには、自動入金機の改修が必要	
明細書発行に ついての状況	費用徴収の有無 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	費用徴収を行っている 場合その金額	円

※ 本報告は、平成29年7月1日時点で「保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）第5条の2」の明細書の発行に係り「正当な理由」に該当する旨を届出ている保険医療機関が提出すること。

なお、上記の「正当な理由」について届出をしていない（明細書を無料で交付している）保険医療機関については、本報告の必要はない。

※ 平成28年4月1日より、公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者（全額公費負担の患者を除く。）についても、療養の給付費等の請求を行うことが義務付けられた保険医療機関及び保険薬局は、患者から求められたときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を無償で交付しなければならないこととされています。

糖尿病透析予防指導管理料に係る報告書

届出のない場合、
提出は不要です。

保険医療機関名

保険医療機関コード

本指導管理料を算定した患者数 (期間:平成28年4月1日～平成29年3月31日)	①	名
---	---	---

①のうち、平成29年6月末までにHbA1cが改善又は維持された者	②	名
①のうち、平成29年6月末までに血中Cre又はeGFRが改善又は維持された者	③	名
①のうち、平成29年6月末までに血圧が改善又は維持された者	④	名

HbA1cが改善又は維持が認められた者の割合

= ②/① %

Cre又はeGFRが改善又は維持が認められた者の割合

= ③/① %

血圧の改善又は維持が認められた者の割合

= ④/① %

[記入上の注意]

- 「①」の「本指導管理料を算定した患者数」は、糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者数を計上してください。
- 「②」から「④」の「改善又は維持が認められた者」については、初回到糖尿病透析予防指導管理料を算定した日の直近の検査値と、報告時の直近の検査値を比べてください。
- 「①」における期間は、平成28年4月1日から平成29年3月31日までとします。ただし、新規に当該指導管理料の届出を行うなど、1年に満たない場合は、その届出日以降から平成29年3月31日までの期間の結果について記入してください。

ニコチン依存症管理料に係る報告書

届出のない場合、
提出は不要です。

保険医療機関名

保険医療機関コード

本管理料を算定した患者数 (期間:平成28年4月1日～平成29年3月31日)	①	名
---	---	---

①のうち、平成29年6月末日までに12週間にわたる計5回の禁煙治療を終了した者	②	名
②のうち、禁煙に成功した者	③	名
5回の指導を最後までに行わずに治療を中止した者(①-②)のうち、中止時に禁煙していた者	④	名
ニコチン依存症管理料の初回の治療の1年間の算定回数 (平成28年4月1日から平成29年3月31日までの1年間)	⑤	回
ニコチン依存症管理料の1年間の延べ算定回数 (平成28年4月1日から平成29年3月31日までの1年間における初回から5回目までの治療を含む)	⑥	回

・喫煙を止めた者の割合 = $(③+④) / ①$

%

・治療の平均継続回数 = $⑥ / ⑤$

回

【記載上の注意】

- 「本管理料を算定した患者数」欄は、ニコチン依存症管理料の初回点数を算定した患者数を計上してください。
- 「②のうち、禁煙に成功した者」欄は、12週にわたる計5回の禁煙治療の終了時点で、4週間以上の禁煙に成功している者を計上してください。
なお、禁煙の成功を判断する際には、呼気一酸化炭素濃度測定器を用いて喫煙の有無を確認してください。

在宅患者訪問褥瘡管理指導料に係る報告書

届出のない場合、提出は不要です。

保険医療機関名

保険医療機関コード

1 在宅褥瘡対策の実施状況

① 訪問診療全利用者数(平成29年6月1日時点)		名
② ①のうち、d1以上の褥瘡を保有している患者数(褥瘡保有者数)		名
③ ②のうち、訪問診療開始時に既に褥瘡を有していた患者数 (訪問診療利用開始時褥瘡保有者数)		名
④ ②のうち、訪問診療実施中に新たに褥瘡が発生した患者数		名
⑤ 褥瘡の重症度	訪問診療開始時の褥瘡(③の患者の訪問診療開始時の状況)	訪問診療中に発生した褥瘡(④の患者の発見時の状況)
d1	名	名
d2	名	名
D3	名	名
D4	名	名
D5	名	名
DU	名	名

【記載上の注意】

1の記載にあたっては、下記の内容により記入してください。

- (1) ①については、報告月の前月の初日の時点で訪問診療を利用している全利用者数を記入してください。(当該日の訪問診療利用開始患者は含めないが、当該日の訪問診療利用終了患者は含める)
- (2) ②については、①の患者のうち、DESIGN-R分類d1以上を有する患者数を記入してください。(1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者1名として数える)
- (3) ③については、②の患者のうち、訪問診療利用開始時に、DESIGN-R分類d1以上を有する患者数を記入してください。(1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者数1名として数える)
- (4) ④については、②の褥瘡保有者数から③の訪問診療利用開始時褥瘡保有者数を減じた数を記載してください。
- (5) ⑤については、③の訪問診療利用開始時褥瘡保有者について、訪問診療開始時の褥瘡の重症度、④の訪問診療中に新たに褥瘡が発生した患者について、発見時の重症度を記入してください。

2 在宅褥瘡対策の実績

① 本管理指導料を算定した患者数と期間 (期間:平成28年4月～平成29年3月)		名
② ①の患者の褥瘡ハイリスク項目に該当する患者数		名
褥瘡ハイリスク項目	1. ショック状態のもの	名
	2. 重度の末梢循環不全のもの	名
	3. 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの	名
	4. 強度の下痢が続く状態であるもの	名
	5. 極度の皮膚の脆弱(低出生体重児、GVHD、黄疸など)	名
	6. 褥瘡に関する危険因子(病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等)があつて既に褥瘡を有するもの	名
③ ②の患者の褥瘡の重症度		
	訪問診療開始時の褥瘡(③の患者の訪問診療開始時の状況)	訪問診療中に発生した褥瘡(④の患者の発見時の状況)
d1	名	名
d2	名	名
D3	名	名
D4	名	名
D5	名	名
DU	名	名

【記載上の注意】

2の記載にあたっては、下記の内容により記入してください。

(1) ①については、1年間の算定患者数を記入してください。ただし、1名の患者が複数回、本指導管理料を算定した場合においても、患者1名として数えてください。

(2) ②については、①のうち、褥瘡ハイリスク項目に該当する患者の実人数を記入してください。
(1名の患者について複数の褥瘡ハイリスク項目を有していても、患者1名として数える)
褥瘡ハイリスク項目の各項目については、1名の患者につき、複数の要因がある場合は、それぞれ1名として数えてください。(複数回答)

(3) ③については、②の褥瘡ハイリスク項目に該当する患者の訪問診療開始時の褥瘡の重症度及び褥瘡発生の発見時の褥瘡の重症度について記入してください。

地域連携診療計画書（様式例）

診療情報提供料(I)の地域連携診療計画加算を届出している場合、平成29年7月1日現在の使用様式を提出してください。(届出のない場合、提出は不要です)

説明日 _____
 患者氏名 _____ 殿
 病名(検査・手術名): _____

月日	／	／	／	／		／	／	／		／
経過(日又は週・月単位)	1日目	2日目	3日目	4日目		○日目	1日目	○日目		○日目
日時(手術日・退院日など)	入院日					転院日				退院日
達成目標						(転院基準)				(退院基準)
治療 薬剤 (点滴・内服)										
処置										
検査										
安静度・リハビリ (OT・PTの指導を含む。)										
食事(栄養士の指導も含む。)										
清潔										
排泄										
患者様及びご家族への説明										
退院時情報	【退院時患者状態】 病院名					【退院時患者状態】 病院名				
	平成 年 月 日 主治医					平成 年 月 日 主治医				

- ※1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。
- ※2 入院期間については現時点で予想されるものである。
- ※3 転院先退院時に本計画書の写し等を紹介元病院へ送付する。
- ※4 当該様式については、年に1回、毎年7月1日時点のものについて届け出ること。

在宅療養支援診療所に係る報告書
（在宅療養実績加算含む）（平成29年7月1日現在）

届出のない場合、
提出は不要です。

保険医療機関名

保険医療機関コード

- 別添1の「第9」の1の(1)
- 別添1の「第9」の1の(2)
- 別添1の「第9」の1の(3)

に規定する在宅療養支援診療所
※ 届出している区分にチェックを入れてください。

在宅療養実績加算の有無

- 加算1
- 加算2
- 加算無し

※加算の区分にチェックを入れてください。

I. 直近1年間（平成28年7月1日～平成29年6月30日）に在宅療養を担当した患者について

1 平均診療期間	※在宅医療を開始してからの診療期間を患者ごとに算出〔在宅医療の開始月と終了月をそれぞれ算入のこと。（期間が月を跨っている場合は2ヶ月と計算する。）〕し、保険医療機関における平均診療期間を月単位で計上してください。 （1年以上の長期診療患者は、当初からの期間を算入してください。）	（ ヶ月 ）	小数点以下第1位を四捨五入
2 合計診療患者数		（ 人 ）	
【再掲】死亡患者数	①+②+③+④	（ 人 ）	
(1) うち医療機関以外での死亡者数	①+②	（ 人 ）	
ア うち自宅での死亡者数	①	（ 人 ）	
イ うち自宅以外での死亡者数	②	（ 人 ）	
(2) うち医療機関での死亡者数	③+④	（ 人 ）	
ア うち連携医療機関での死亡者数	③	（ 人 ）	
イ うち連携医療機関以外での死亡者数	④	（ 人 ）	

Iの2(1)の「うち医療機関以外での死亡者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については「イ うち自宅以外での死亡者数」欄へ計上してください。

Iの2(2)の「連携医療機関」とは、事前に緊急時の受入を届出している医療機関であり、在宅支援連携体制についても含むものです。

II. 直近1年間（平成28年7月1日～平成29年6月30日）の訪問診療等の実施回数について

訪問診療等の合計回数	(1) 往診	【再掲】 うち緊急の往診	(2) 訪問診療	(3) 訪問看護 (緊急を含む)
①+②+③ (回)	① (回)	(回)	② (回)	③ (回)

IIの「うち緊急の往診」については、緊急又は夜間・休日若しくは深夜に行った往診を計上してください。

III. 直近1月間における往診又は訪問診療の状況について

① 初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者数	(人)
② 往診又は訪問診療を実施した患者数	(人)
③ 往診又は訪問診療を実施した患者の割合(②/①)	(%)

※ 別添1の「第9」の1の(2)に規定する在宅療養支援診療所が当報告書を提出する際には、この様式の裏面の「在宅支援連携体制に係る報告書」も記入の上、提出してください。

在宅支援連携体制に係る報告書

〔別添1の「第9」の1の(2)に規定する在宅療養支援診療所である場合に提出してください〕

（平成29年7月1日現在）

届出のない場合、
提出は不要です。

保険医療機関名

保険医療機関コード

当該報告書は、在宅支援連携体制を構築する複数の保険医療機関の実績を取りまとめて報告するものです。
 なお、連携体制を構築する複数の保険医療機関のうち、1つの保険医療機関が代表して報告することとして差し支えありません。（他の保険医療機関が代表して実績を報告する場合は、「Ⅳ. 在宅支援連携体制を構築している連携保険医療機関名」の欄のみ記載してください。）

Ⅰ. 直近1年間（平成28年7月1日～平成29年6月30日）に在宅療養を担当した患者について

1 平均診療期間	※在宅医療を開始してからの診療期間を患者ごとに算出〔在宅医療の開始月と終了月をそれぞれ算入のこと。（期間が月を跨っている場合は2ヶ月と計算。）〕し、連携体制を構築する保険医療機関グループにおける平均診療期間を月単位で計上してください。	（ ヶ月 ）	小数点以下第1位を四捨五入
2 合計診療患者数		（ 人 ）	
【再掲】死亡患者数	①+②+③+④	（ 人 ）	
(1) うち医療機関以外での死亡者数	①+②	（ 人 ）	
ア うち自宅での死亡者数	①	（ 人 ）	
イ うち自宅以外での死亡者数	②	（ 人 ）	
(2) うち医療機関での死亡者数	③+④	（ 人 ）	
ア うち連携医療機関での死亡者数	③	（ 人 ）	
イ うち連携医療機関以外での死亡者数	④	（ 人 ）	

Ⅰの2(1)の「うち医療機関以外での死亡者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については「イ うち自宅以外での死亡者数」欄へ計上してください。

Ⅰの2(2)の「連携医療機関」とは、事前に緊急時の受入を届出ている医療機関であり、在宅支援連携体制についても含むものです。

Ⅱ. 直近1年間（平成28年7月1日～平成29年6月30日）の訪問診療等の実施回数について

訪問診療等の合計回数	(1) 往診	【再掲】	(2) 訪問診療	(3) 訪問看護 (緊急を含む)
		うち緊急の往診		
①+②+③	①		②	③
（ 回 ）	（ 回 ）	（ 回 ）	（ 回 ）	（ 回 ）

Ⅱの「うち緊急の往診」については、緊急又は夜間・休日若しくは深夜に行った往診を計上してください。

Ⅲ. 在宅支援連携体制について

1 在宅医療を担当する常勤の医師数	（ 人 ）
2 連携する保険医療機関数	（ 医療機関 ）
3 直近1年間のカンファレンスの開催状況	（ 回 ）

Ⅲの「在宅支援連携体制について」を記載するに当たっては、自院を含めた数を記載してください。

Ⅳ. 在宅支援連携体制を構築している連携保険医療機関名（上記Ⅰ・Ⅱ・Ⅲの数値計上の基礎となった保険医療機関）

（1つの保険医療機関が代表して報告した場合は、報告を行った保険医療機関にチェックを入れてください。）

<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

医薬品の治験に係る実施報告書

(平成29年7月1日現在)

実績のない場合、
提出は不要です。

保険医療機関名

保険医療機関コード

治験依頼者名	治験薬の名称 ・効能効果	内・注・外	区分	対象患者数	治験実施期間
				人	
				人	
				人	
				人	
				人	

- 「治験依頼者名」について、自ら治験を実施する者による治験の場合は治験責任医師名を記載してください。
- 「治験薬の名称」について、一般名が決定している場合は一般名を、それ以外の場合は治験薬のコード番号を記載してください。
- 「効能効果」については、当該治験薬の予定される効能又は効果を記載してください。
- 「内・注・外」については、内服薬、注射薬、外用薬のいずれかを記載してください。
- 「区分」については、第Ⅰ相、第Ⅱ相、第Ⅲ相のいずれかを記載してください。
- 「対象患者数」および「治験実施期間」については、受託した予定患者数及び予定実施期間を記載することとして差し支えありません。
- 本報告については、直近1年間(平成28年7月1日～平成29年6月30日)の実施状況を記載してください。

医療機器の治験に係る実施報告書

(平成29年7月1日現在)

実績のない場合、
提出は不要です。

保険医療機関名

保険医療機関コード

治験依頼者名	治験医療機器の名称	治験医療機器の使用目的、効能又は効果	区分	対象患者数	治験実施期間
				人	
				人	
				人	
				人	
				人	

1. 「治験依頼者名」について、自ら治験を実施する者による治験の場合は治験責任医師名を記載してください。
2. 「治験医療機器の名称」については、治験医療機器の識別番号を記載してください。また、一般的名称が決まっている場合は当該名称を、それ以外の場合は「その他〇〇」等として適切と判断される名称を付記してください。
3. 「使用目的、効能又は効果」については、当該治験医療機器の予定される使用目的、効能又は効果を記載してください。
4. 「区分」については、第Ⅰ相、第Ⅱ相、第Ⅲ相のいずれかを記載してください。
5. 「対象患者数」および「治験実施期間」については、受託した予定患者数及び予定実施期間を記載することとして差し支えありません。
6. 本報告については、直近1年間(平成28年7月1日～平成29年6月30日)の実施状況を記載してください。

再生医療等製品の治験に係る実施報告書

(平成29年7月1日現在)

実績のない場合、
提出は不要です。

保険医療機関名

保険医療機関コード

治験依頼者名	治験製品の 名称	治験製品の 効能、効果又 は性能	区分	対象患者数	治験実施期間
				人	
				人	
				人	
				人	
				人	

1. 「治験依頼者名」について、自ら治験を実施する者による治験の場合は治験責任医師名を記載してください。
2. 「治験製品の名称」については、治験製品の識別番号を記載してください。また、一般的名称が決まっている場合は当該名称を、それ以外の場合は「その他〇〇」等として適切と判断される名称を付記してください。
3. 「効能、効果又は性能」については、当該治験製品の予定される効能、効果又は性能を記載してください。
4. 「区分」については、第Ⅰ相、第Ⅱ相、第Ⅲ相のいずれかを記載してください。
5. 「対象患者数」および「治験実施期間」については、受託した予定患者数及び予定実施期間を記載することとして差し支えありません。
6. 本報告については、直近1年間(平成28年7月1日～平成29年6月30日)の実施状況を記載してください。