

プログラム医療機器の使用等（評価療養）に関する実施状況報告書

都道府県名 _____

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。

保険医療機関名 _____

1. 医薬品医療機器等法に基づく承認（第1段階承認）を受けたプログラム医療機器の使用等

| 販売名 | 医療機器承認番号 | 使用等回数 又は人数（※記載 上の注意 3. を 参照） | | 患者からの徴収額（消費税を含 む。） （※記載上の注意 4. を参照） | | 徴収額に対応する使用 期間（※記載上の注意 4. を参照） | |
|-----|----------|---------------------------------------|---|-------------------------------------------|---|-------------------------------------|----|
| | | | 回 | 円 | | か月 | |
| | | | 回 | | 円 | | か月 |
| | | | 回 | | 円 | | か月 |
| | | | 回 | | 円 | | か月 |
| | | | 回 | | 円 | | か月 |
| | | | 回 | | 円 | | か月 |

2. 保険適用されていない範囲における使用に係る有効性に関する使用成績を踏まえた再評価を目指すプログラム医療機器の使用等

| 販売名 | 医療機器承認番号 | 使用等回数 又は人数（※記載 上の注意 3. を 参照） | | 患者からの徴収額 （※記載上の注意 4. を参照） | | 徴収額に対応する使用 期間（※記載上の注意 4. を参照） | |
|-----|----------|---------------------------------------|---|------------------------------|---|-------------------------------------|----|
| | | | 回 | 円 | | か月 | |
| | | | 回 | | 円 | | か月 |
| | | | 回 | | 円 | | か月 |
| | | | 回 | | 円 | | か月 |
| | | | 回 | | 円 | | か月 |
| | | | 回 | | 円 | | か月 |

〔記載上の注意〕

1. 本報告については、前年8月1日～当年7月31日の実施状況を記載すること。
なお、徴収した実績がない場合は報告の必要はない。
2. 「医療機器承認番号」について、医薬品医療機器等法上の医療機器承認番号を記載すること。
3. 「使用等回数又は人数」について、患者自身が医療機関外で継続的に使用するもの以外については、医療機関において当該プログラム医療機器の使用又は支給を実施した回数を記載し、患者自身が医療機関外で継続的に使用するものについては、使用した患者数を記載すること。
4. 「患者からの徴収額」は、プログラム医療機器の使用等に係る特別の料金として医療機関内に掲示した金額を記入すること。また、患者自身が継続的に使用するものについては、徴収額に対応する使用期間も記載すること。
5. プログラム医療機器の使用等に係る特別の料金に事前の報告と相違がある場合は、速やかに変更の報告を行うこと。