

介護保険におけるエビデンス活用にかかる提案書

整理番号（※事務処理用）

提出年月日 平成 29 年 月 日

提案名

1. 提案代表者

提案代表者名		
所属		
連絡先 ※必ず連絡の取れる連絡先を記載して下さい。	郵便番号	
	住所	
	電話番号	
	E-mail	
	FAX 番号 (無い場合は「-」を記入)	

2. 担当者

担当者名		
所属		
連絡先 ※必ず連絡の取れる連絡先を記載して下さい	郵便番号	
	住所	
	電話番号	
	E-mail	
	FAX 番号 (無い場合は「-」を記入)	

介護保険におけるエビデンス活用にかかる提案書

3. 提案の内容

整理番号	
提案名	
提案の内容 (400字以内)	

4. エビデンス

①対象者	
②介入方法（行うケア等）	
③比較対象	
④得られるアウトカム	
⑤エビデンスレベル (※別紙のⅠ～Ⅵから選択)	

5. 提供に必要な追加費用

提供に必要な追加費用	金額（円）	
	算出根拠	

6. 参考資料

参考論文等 1	1) 名称	
	2) 著者	
	3) 概要 (※該当ページも記載)	
参考論文等 2	1) 名称	
	2) 著者	
	3) 概要 (※該当ページも記載)	
参考論文等 3	1) 名称	
	2) 著者	
	3) 概要 (※該当ページも記載)	