

保険収載までのロードマップ

先進医療技術名：○○○○

先進医療での適応症：○○○○○○○○○○

※技術に薬事承認が必要な医薬品・医療機器等が含まれている場合には、その薬事承認にいたるロードマップについても追加で記載すること(赤字のコメントは厚生労働省に提出時は削除すること)

臨床研究

- ・ 試験名：
- ・ 試験デザイン：
○群○○試験
- ・ 期間：
～
- ・ 被験者数：
- ・ 結果の概要：

先進医療

- ・ 試験名：
- ・ 試験デザイン：
○群○○試験
- ・ 期間：
～
- ・ 被験者数：
- ・ 主要評価項目：
- ・ 副次評価項目：

※ガイドラインへの掲載(改訂)、追加で行う臨床試験、先進医療後に多施設共同研究を行う場合等、はその情報を記載

保険収載

当該先進医療における
選択基準：
除外基準：
予想される有害事象：

関連する技術等の本邦での保険適用の状況

(※類似した技術の保険適用状況を記載。類似技術がなければ省略可)

海外での現状

保険適用：米国(有・無)、英国(有・無)、フランス(有・無)、ドイツ(有・無)、
カナダ(有・無)、オーストラリア(有・無)、その他(有・無 有ならば国名：)
ガイドライン記載：(有・無)
→有りならば概要：
進行中の臨床試験(有・無)
→有りならば概要：

本邦での現状

ガイドライン記載：(有・無)
→有りならば概要：
進行中の臨床試験(有・無)
→有りならば概要：