

先進医療Aの施設基準見直しに係る提案書

医療機関 ●●●●
代表者名 ●●●●
提出年月日 令和●年 ●月 ●日

※ 本紙に既に記載されている内容を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、**3頁以内**に収めること。欄外には記載しないこと。また、参考文献については別途 PDF ファイルを送付すること。

①告示番号	●●番
②先進医療技術名	「●●●●」
③技術の概要	●●●●
④見直しを提案する現行の施設基準 ※1 箇条書きで記載すること ※2 共同実施に係る手続きが行われている場合には、「委託医療機関」又は「受託医療機関」の区別が分かるように記載すること。 ※3 どのような見直しを提案するかについては、⑤欄に記載すること	・ ●●●● ・ ●●●●
⑤具体的な見直しの内容	●●●●
⑥見直しが必要な理由 (根拠(エビデンス、ガイドライン、学会の見解等)、変更した場合における有効性・安全性等について必ず記載すること)	●●●●
⑦変更を行った場合の普及性の変化(見込み) ・ 先進医療実施施設数の変化 ・ 年間対象患者数の変化 ・ 年間実施回数の変化等	先進医療実施施設数の変化 現在 ●●施設 → ●●施設 増・減・変化無し 年間対象患者数の変化 現在 ●●人 → ●●人 増・減・変化無し 年間実施回数の変化 現在 ●●回 → ●●回 増・減・変化無し
その根拠	●●●●
⑧その他	●●●●
⑨参考文献1	1) 名称 2) 著者 3) 雑誌名、年、月、号、ページ 4) 概要
⑨参考文献2	1) 名称 2) 著者 3) 雑誌名、年、月、号、ページ 4) 概要
⑨参考文献3	1) 名称 2) 著者 3) 雑誌名、年、月、号、ページ 4) 概要
⑨参考文献4	1) 名称 2) 著者 3) 雑誌名、年、月、号、ページ

	4) 概要	
⑨参考 文献5	1) 名称	●●●●
	2) 著者	
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	
	4) 概要	
⑩担当者氏名、連絡先（住所、電話番号、ファックス番号、E-MAIL）		担当者氏名 ●●●●● 連絡先 ●●●●●

- ※ 必ず全ての空欄に記載することとし、該当しない場合も「該当なし」等と記載すること。記載のない欄がある場合は受け付けられない。
- ※ 文献は、評価する上で有用と考えられる文献等について、主たるもので最新のものの5つを上限として、その概要等を記載すること。
- ※ 概要は、日本語で、数行程度を目安に記載すること。
- ※ 令和7年9月末までに、保険局医療課に送付すること。