

先進医療実績(症例)報告 (総括表) (固形癌の治療用)

保険医療機関の届出受理年月日 年 月 日

先進医療名		
1. 著効(例) ○根拠		
2. 有効(例) ○根拠		
3. 不変(例) ○根拠		
4. 進行(例) ○根拠		

先進医療実績(症例)報告 (総括表) (固形癌の治療以外用)

医療機関の届出受理年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

先進医療名 _____

1. 著効(例)
○根拠

2. 有効(例)
○根拠

3. 不変(例)
○根拠

4. 無効(例)
○根拠

5. 不明(例)
○根拠

先進医療実績報告（平成 年 月 日～平成 年 月 日）

先進医療名 _____

先進医療の費用（届出時） _____ 円

コード番号	—
-------	---

届出受理年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

総件数 _____ 件

番号	診断名	年齢	性別	入院期間	実施回数	転帰	特定療養費 ①	先進医療 の総額 ②	総合計 (①+②×)	評価	
										固形癌の治療以外	固形癌の治療
1		歳	男・女	日	回		円	円	円	1・2・3・4・5	CR・PR・NC・PD
2			男・女							1・2・3・4・5	CR・PR・NC・PD
3			男・女							1・2・3・4・5	CR・PR・NC・PD
4			男・女							1・2・3・4・5	CR・PR・NC・PD
5			男・女							1・2・3・4・5	CR・PR・NC・PD
6			男・女							1・2・3・4・5	CR・PR・NC・PD
7			男・女							1・2・3・4・5	CR・PR・NC・PD
8			男・女							1・2・3・4・5	CR・PR・NC・PD
9			男・女							1・2・3・4・5	CR・PR・NC・PD
10			男・女							1・2・3・4・5	CR・PR・NC・PD

特定療養費 計 _____ 円

患者1人当たりの平均特定療養費 _____ 円

患者1人当たりの平均入院期間 _____ 日

先進医療の総額 計 _____ 円

患者1人当たりの平均先進医療の総額 _____ 円

患者1人当たりの平均実施回数 _____ 回

上記に係る総合計 _____ 円

患者1人当たり平均総合計 _____ 円

別紙報告様式第4号

先進医療に伴う副作用・合併症について

当該技術の実施に伴い副作用、合併症が発生があった症例について
各々記載して下さい。

先進医療の名称	
医療機関名	
患者略名	()
性別	男 ・ 女
年齢	歳
診断名	
主な既往症	
重篤な副作用・合併症	
年月日	
副作用等の発現状況・ 症状及び処置等の経過	

主たる疾患の転帰	1. 治癒 2. 死亡 3. 中止 4. 治癒継続
副作用等の転帰	1. 回復 2. 軽快 3. 未回復 4. 後遺症あり (症状:) 5. 死亡 (死因:)
頻度 (※1)	① 10%未満 ②10~25% ③25~50% ④ 50%以上
因果関係 (※2)	1. 直接的 2. 間接的 3. 無関係 4. 不明
主治医等の意見	
今後の対策	
参考文献 (注3)	
連絡先 (氏名及び電話番号)	

(注1) ※1については、貴医療機関における当該医療技術を使用した患者につき、本症例と同様の副作用等の出現頻度について、1つに○をつけて下さい。

(注2) ※2については、先進医療と副作用等の因果関係について、1つだけ○をつけて下さい。

(注3) 当該副作用等を理解するために参考となる文献があれば記入して下さい。

(注4) 先進医療の実施に伴い、副作用・合併症が発生した場合は、地方社会保険事務局を経由の上、本様式により直ちに報告下さい。なお、患者略名、報告者名、施設名等は外部へ漏洩しないよう万全の配慮を致します。