**実施（使用）報告書**

　　年　　月　　日

高難度新規医療技術担当部門長　殿

未承認新規医薬品等担当部門長　殿

所属責任者　所属

職名

氏名　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 計画名 |  | | | | |
| 1. 承認年月日 | 担当部門 | | 年　　月　　日 | | 受付番号第 号 |
| 1. 報告区分   （該当対象にチェック） | 定期  　　回目 | 患者死亡 | | その他  理由： | |
| 1. 診療の対象等（症例数及び実施場所、期間、患者年齢、性別を明記すること） | | | | | |
| 1. 診療経過（患者の氏名・職業等の個人情報は記載しないこと） 2. 当該診療の概要および対象者の経過 3. 既存・その他の診療を比較した際の優位性及び安全性 4. 当該診療により期待される利益 5. 当該診療により発生した不利益及び危険性とそれらが生じた場合の対応 6. 医学上並びに社会に対する貢献 | | | | | |
| 1. その他（手術記録、診療録等を添付すること） | | | | | |