（様式２－０３）

診療概要書（非標準的医療課題）

|  |
| --- |
| 1.課　題　名 ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ |
| 2.診療責任者 ○○　○○（○○○○○○） |
| 3.診療分担者 ○○　○○（○○○○○○）  ○○　○○（○○○○○○）  ○○　○○（○○○○○○）  ○○　○○（○○○○○○）  ○○　○○（○○○○○○） |
| 4.医療の概要（300字以内で記載する。この項目は原則として公開される）  ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ |
| 5.課題の実施期間　実施の許可日～○○○○年○○月○○日 |
| 6.課題の対象および実施場所  　○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ |
| 7.非標準的医療課題の申請要件を満たすことについて  　本課題は以下の要件をすべて満たすので，非標準的医療として申請する。   * + 患者の診療を目的とするものであって，研究目的ではない。   + 本課題の実施に関して医学的，社会的に合理的な理由が存在する。   + 本課題の実施が安全かつ有効（有用）であることに関して，一定程度の科学的根拠がある。   + 本課題の対象に対して有効（有用）とされる標準的診療が存在しないか，存在しても何らかの理由で本課題の対象とする患者に適用できない，あるいは標準的診療を既に実施したが十分な効果が得られない。   + 患者が本課題の実施を強く希望している。 |