様式3

探索型医療対象患者校費負担治療計画書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | 申請診療科名  責任医師名 | 科 | |
| 探索型医療の名称 |  | | | | | |
| 病名 |  | | | | | |
| 対象患者数 | 人 | 期間 | | 年　　　月　　～　　　　　年　　　月 | | |
| 校費負担理由 | ①　社会的理由  ②　稀有な症例(名)  ③　探索医療のため | | ④　研究協力等  ＊①は別書式に記入②～④については治療計画を詳細に | | | |
| 校費負担区分 | 1　全額校費負担  (別紙にて理由書を添付) | 2　一部校費負担(イ．ロ．共該当項目を○で囲む) | | | | |
| イ　患者負担分のみ(2割・3割) | | | | ロ　特定項目のみ  　　検査　　投薬　　注射  　　手術　　その他(　　　) |
| 当初予定費用 | 一人当金額　　　　　　　円　　　　人　　　　　予定費用計　　　　　　円 | | | | | |
| 校費負担理由 | | | | | | |
| 治療計画　(詳細は、別紙にて添付のこと) | | | | | | |
| 費用計画 | | | | | | |
| 承認 | | | | | | |