|  |  |
| --- | --- |
| ※受　付　番　号 |  |
| ※受付年月日 | 　　　年　　月　　日 |

治療の実施に係る倫理審査申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　２０　　　年　　月　　日

東邦大学医療センター　　病院　病院長　殿

申請者：所属・職名

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

診療責任者：所属・職名

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |
| --- | --- |
| １．実施治療名 |  |
| ２．保険適用の有無 | [ ] 　保険適用内　・　[ ] 　保険適用外治療実施に際し、病院事務部（医事課）への事前連絡状況（[ ] 　済　　・[ ] 　未　） |
| ３．治療実施日・期間（予定日又は実施期間を記載すること） | 倫理委員会承認日　　～　　２０　　年　　月　　日 |
| ４．実施担当者 | 所属・職名：　　　　　　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　所属・職名：　　　　　　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　所属・職名：　　　　　　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　所属・職名：　　　　　　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　 |
| ５．実施方法 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ６.治療で問題が生じた場合の補償の有無 | 補償の有無：　[ ] 　あり　　・　[ ] 　なし |
| 補償の内容：　 |
| ７.倫理上の問題点、治療によって生じる不利益・危険性について | （倫理上の問題点、治療によって生ずる個人への不利益及び危険性に対する配慮、治療終了後の対応等を具体的に箇条書きで記載すること。） |
| ８．治療費の出所 | （負担の額、患者負担、講座負担、病院負担等を必ず記載すること。） |
| ９．インフォームドコンセントの取得について | （文書で同意を取得する場合は、患者説明文書・同意書を添付すること。） |
| １０．その他 | （上記以外の倫理的配慮がある場合は記載すること。） |

**※下記書類を添付すること**

**１）高難度新規医療技術実施申請書または未承認新規医薬品等の臨床使用申請書**

**（大森病院・大橋病院・佐倉病院）**

**２）当該治療に関する文献（必要あれば）**