

(旧)

別紙様式第1(第5条第2項関係)

ID欄

校費負担患者認定申請書

- 入院
- 外来

平成 年 月 日

(どちらかに、チェック願います)

旭川医科大学病院 殿

診療科名 \_\_\_\_\_

診療科長名 \_\_\_\_\_ (印)

担当医名 \_\_\_\_\_ (印)

下記のとおり校費負担患者としての認定を申請しますので承認願います。

|                  |  |  |   |      |      |
|------------------|--|--|---|------|------|
| 申請期間             | 年 月 日 ~ 年 月 日(年度を越えて申請できません)   |  | 教育研究別   | 1 教育 | 2 研究 |
| 病名               |  |  |   |      |      |
| 症例区分             | <input type="checkbox"/> 稀少又は難治の疾病で医学教育上必要な症例<br><input type="checkbox"/> 稀少ではないが重要な疾病で医学教育上必要と認めた症例<br><input type="checkbox"/> 普通一般的な軽症の疾病だが医学教育上必要と認めた症例  |  |   |      |      |
| 認定基準             | <input type="checkbox"/> 原因不明疾患の解明が必要な症例<br><input type="checkbox"/> 治療法の確立及び開発のため必要な症例<br><input type="checkbox"/> 発症の因果関係の解明が必要な症例<br><input type="checkbox"/> 適応症外使用による薬効並びに治療法の判定に必要な症例<br><input type="checkbox"/> 典型的な症例で医学の研究が必要な症例 |  | <b>【左記に対する事由】</b><br><input type="checkbox"/> 当該疾病に対する保険適用がない<br><input type="checkbox"/> 当該疾病に対する保険適用があるが、今回より効果の見込まれる別の方法(保険適用外)を試みる<br><input type="checkbox"/> 保険点数上存在する行為だが、当該疾病には適用できない |      |      |
| 負担区分             | <input type="checkbox"/> 1. 先端医療等の全額<br><input type="checkbox"/> 2. 点数表に掲載のない項目等の全額<br><input type="checkbox"/> 3. 医薬品における適応症外使用・材料の目的外使用等の全額  |  | 教育等の協力に対する費用<br><input type="checkbox"/> 4. 保険診療の全額<br><input type="checkbox"/> 5. 保険診療の特定項目に対する全額  |      |      |
|                  | (2, 3, 5の場合は、項目名、回数、数量等具体的な内容を記載すること)  |  |   |      |      |
| 負担区分の内容          | _____<br>_____<br>_____<br>_____   |  |   |      |      |
|                  | 校費負担見込み額   |  |   |      | 円    |
| 校費負担を必要とする経緯及び理由 | _____<br>_____<br>_____<br>_____   |  |   |      |      |
| 承諾               | 貴院の校費負担患者取扱規程による校費負担患者として認定された場合、診療を受けることを承諾します。もし、規則その他の指示事項に従わなかった場合は、指定を取り消されることに同意し、一般患者として診療に要する費用をお支払いします。   |  |   |      |      |
| 承諾者              | 住所 _____   |  | 氏名 _____ (印) 又は 患者との続柄 _____  |      |      |
| サイン              | _____  |  |   |      |      |

- (注意事項) 1. 申請期間は、3ヶ月を限度とします。継続する場合は、再度申請すること。 2. 入・外別に申請すること。  
 3. 申請時には、別紙様式第2「校費負担患者協力内容報告書」も添付すること。

(申請期間が終了したときは報告書を返送するので、すみやかに成果等を記入し提出すること)

|       |
|-------|
| 病院長認定 |
|       |

|        |        |      |  |  |  |
|--------|--------|------|--|--|--|
| 病院事務部長 | 医療支援課長 | 課長補佐 |  |  |  |
|        |        |      |  |  |  |