　　年　　月　　日

高難度医療管理センター長　殿

診療科等名：

診療科等長名：

担当医師名：

連絡先（内線：　　　　Dr.ｽﾏﾎ：　　　　）

高難度新規医療技術等の実施状況報告について

　既に承認されている高難度新規医療技術等の提供に関して、提供した症例について下記のとおり報告します。

記

〇承認をされている未承認新規医療機器等の名称

〇未承認新規医療機器等の承認年月日　　年　　月　　日

〇提供した当該症例の実施年月日及び患者ＩＤ等

　実施（使用）年月日：　　年　　月　　日　　～　　　年　　月　　日

　患者ＩＤ　：

　偶発症等の発生について

●その他報告事項等(特記する事項について記載願います)

以上

|  |  |
| --- | --- |
| 確認 | 確認 |
|  |  |