様式1-1

**臨　床 倫　理　審 査 申 請 書**

|  |
| --- |
| 診療科長 |
| 　　印 |

※受付日

※受付番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　      年     月     日

山形県立中央病院　院長　殿

　　　　　　　　　　　　　 申請者

所　属　     　職　名

氏　名      　　　　　印

　このたび以下の内容の臨床倫理案件に関し必要な資料を添え審査を申請致します。

１．　審査の種類（ 提出する資料を☒としてください ）

[ ] 　通常審査

[ ] 　迅速審査 （案件によっては迅速審査での承認後通常審査が必要となる場合があります）

２．審査の対象

 [ ] 　保険給付の対象に至っていない新規医療に関すること

（追加で保険外診療審査申請書が必要です）

[ ] 　高難度新規医療技術の導入に関すること

[ ] 　終末期状態にある患者の生命維持治療の中止に関すること

[ ] 　生命を脅かす可能性のある診療拒否に関すること

[ ] 　その他，委員会で審議する必要があると委員長が判断する課題

３．審査案件の具体的な内容

４．審査案件の倫理上の問題点

５．別添資料　[ ] 　有り

　　　　　　 [ ] 　無し

６．社会保険診療報酬支払基金「審査情報提供検討委員会」による審査情報提供事例の有無

[ ] 　有り

　　　　　　 [ ] 　無し