

《お願い》

臨床調査個人票に基づく認定審査の際に、内容を把握するために必要と思われる場合には、本意見書を臨床調査個人票に添付して下さるようご協力をお願いいたします。

医師の意見書

| | | | | |
|----------|---------------|------|------------------|------|
| 患者氏名 | | | | 患者住所 |
| 性別 | 男・女 | 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 日 | |
| 病名 | | | | |
| 意見欄 | | | | |
| 平成 年 月 日 | 医療機関所在地 _____ | | | |
| | 名 称 _____ | | | |
| | 電 話 () _____ | | | |
| | 医師の氏名 _____ | | | |

◎ 主治医の先生にお示してください。

主治医の先生へ

御多忙のところ、特定疾患治療研究事業にご協力いただき、厚く御礼申し上げます。

さて、今回、特定疾患治療研究事業の申請手続きに際し、患者さんの臨床調査個人票の記載をお願い申し上げます。**臨床調査個人票は、申請者の同意を条件にそのデータを厚生労働省の研究班で治療研究事業に活用したり、国の認定基準等に該当するか否かの判断をするために必要なものです。**

また、申請手続きにあたって、治療内容、検査内容等の詳細を照会させていただく場合がございますので、その際は、御協力をお願いいたします。

(参考事項)

① **臨床調査個人票記載のためだけに、検査を実施する必要は原則としてありません。**
(ただし、当該検査が認定の際の必須項目になっている場合は除きます。)

なお、過去に実施した検査結果等、参考になるものは実施日時を付して御記載いただけますと幸いです。

② **医師の意見書には、日頃の治療内容や検査内容等、審査の参考になるものがありましたらご記入ください。**

(医師の意見書は、必ずしも記入する必要はありません。)

なお、押印は不要ですが、照会等の都合上、**記載された先生のお名前をご記入ください。**

③ 事業の性格上、国の認定基準等に該当しない場合は、正しい診断のもとで有効な治療をされている場合でも、承認されない場合がございます。

申請への認定・不承認の判断は事業の性格によるもので、主治医の診断等を審査するものではありません。

なお、国の認定基準等については、臨床調査個人票の裏面（または別紙）に掲載されています。