遷延性意識障害者治療研究事業研究方法変更承認申請書

別紙様式第3号の1

（在宅管理への変更用）

年　　月　　日

宮城県知事　　　　　　　　　　殿

治療研究機関　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　長の氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（主治医氏名　　　　　　　　　　　　）

年　　月　　日付けで承認通知のありました下記患者について，在宅による医療管理に変更の上，治療研究を続けたいので承認されるようお願いします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 該　当　患　者　名　等 | 管　理　方　法 |
| 承認NO |  | イ　医師による定期診断　　　　　　　の方法により月　　　回ロ　医師以外による定期訪問等　　　　　の方法により月　　　回（上記訪問等者の資格　　　　　）ハ　患者様態異常時の処置方法 |
| 患者名 |  |
| 変更年月日 |  |
| 変更の理由 |  |