**平成30年度診療報酬改定要望申請用紙**

以下　ア)～エ）で該当するものをご選択の上、**平成26年11月18日（金）**までに

**日本臨床腫瘍学会　事務局 <**[jsmo@jsmo.or.jp](mailto:jsmo@jsmo.or.jp))**>**まで添付してお送り願います。

また、ア)～エ）に該当しない内容の場合はその他の欄に200字以内に要望内容をまとめてください。不明な点に関してもご連絡ください。

**※　会員番号・氏名・所属**

|  |  |
| --- | --- |
| ア）医療技術（未収載） | |
| 技術名 |  |
| 技術の概要 |  |
| 対象疾患名 |  |
| 保険収載の必要性のポイント |  |

|  |  |
| --- | --- |
| イ）医療技術（既収載） | |
| 技術名 |  |
| 診療報酬区分  **（該当する項目1つ以外は削除）** | Ｃ在宅・Ｄ検査・Ｅ画像・Ｆ投薬・Ｇ注射・Ｈリハビリ・Ｉ精神・Ｊ処置・Ｋ手術・Ｌ麻酔・Ｍ放射線・Ｎ病理・その他 |
| 診療報酬番号 |  |
| 技術の概要 |  |
| 再評価区分 | 1.算定要件の見直し（施設基準、回数制限等）　2.点数の見直し（増点）  3.点数の見直し（減点）　4.保険収載の廃止　5.その他(　　　　　　) |
| 具体的な内容 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ウ）医薬品（未収載） | | |
| 薬品名 | 一般名 | 商品名 |
| 薬品の区分概要 |  | |
| 再評価区分 | 1.算定要件の見直し（適応疾患、適応菌種等）　2.点数の見直し  3.保険収載の廃止　4.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 具体的な内容 |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| エ）医薬品（既収載） | | |
| 薬品名 | 一般名 | 商品名 |
| 薬品の区分概要 |  | |
| 再評価区分 | 1.算定要件の見直し（適応疾患、適応菌種等）　2.点数の見直し  3.保険収載の廃止　4.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 具体的な内容 |  | |

* 未収載・・・新規，今までにないもの

既収載・・・現在あるもので見直しの必要があるもの

※　参考HP: 内科系学会社会保険連合　<http://www.naihoren.jp/>

|  |
| --- |
| その他（200字 |
|  |