|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 回答者氏名、連絡先（施設名、電話番号、e-mail） |  |
| 技術名 |  |
| 診療報酬区分（1つに○） | Ａ入院料・Ｂ医学管理・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 |  |
| 評価区分（1つに○） | １．算定要件の見直し（適応疾患の拡大、施設基準、回数制限等）  ２．点数の見直し（増点）  ３．新規保険収載  ４．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 具体的な内容 |  |
| 【評価項目】 |  |
| 根拠・有効性  治癒率・死亡率・QOLの改善、診断の正確性の向上等について、当該技術と類似性をもつ既存技術の有効性と可能な範囲で比較し、データや学会のガイドライン等に基づき記載してください。また、※１を参考に、エビデンスレベル（I II III IV V VI）を明記するとともに、当該エビデンスに関する資料（論文の写し等）を添付してください。 | エビデンスレベル（※１参照）；　Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ　Ⅳ　Ⅴ　Ⅵ |
| 関係学会、代表的研究者等 |  |

別　紙

※１「エビデンスのレベル」分類：質の高いものから

Ⅰ　システマティックレビュー/メタアナリシス

Ⅱ　１つ以上のランダム化比較試験による

Ⅲ　非ランダム化比較試験による

Ⅳ　分析疫学的研究（コホート研究や症例対照研究による）

Ⅴ　記述研究（症例報告やケース・シリーズ）による

Ⅵ　患者データに基づかない、専門委員会や専門家個人の意見

※２　当該エビデンスに関する資料（論文の写し等）を添付してください

※３　用紙が不足する場合は、コピーしてご利用下さい。