

遷延性意識障害者治療研究事業実績報告書

年度の遷延性意識障害者治療研究を下記1のとおり実施したので宮城県遷延性意識障害者治療研究事業実施要綱第13の規定により報告します。

年 月 日

治療研究機関 名称
 長の氏名
 (主治医氏名)

宮城県知事 殿

記

1 治療研究対象者名

承認番号	障害者氏名	治療研究対象期間		項目別該当の有無			記事(項目別非該当の理由及び中途変更の状況等)
		自 年月日	至 年月日	患者家族支援	褥瘡予防	受療助成費	
1		~					
2		~					
3		~					
4		~					
5		~					
6		~					
7		~					
8		~					
9		~					
10		~					
11		~					
12		~					
13		~					
14		~					
15		~					

(注) 「項目別該当の有無」欄は、○又は×を記入してください。「記事」欄は、老人保健→老、重度心身障害者→重心のように簡単にお書きください。

2 治療研究費収入・支出精算状況

治療研究月		患者・家族支援費		褥瘡予防費		受療助成費		治療研究事務費		合計
		対象人員	金額（円）	対象人員	金額（円）	対象人員	金額（円）	対象人員	金額（円）	金額（円）
過年度	定例									
	追加等									
3月	定例									
	追加等									
4月	定例									
	追加等									
5月	定例									
	追加等									
6月	定例									
	追加等									
7月	定例									
	追加等									
8月	定例									
	追加等									
9月	定例									
	追加等									
10月	定例									
	追加等									
11月	定例									
	追加等									
12月	定例									
	追加等									
1月	定例									
	追加等									
2月	定例									
	追加等									
収入合計										
支出額		(患者・家族支援費，褥瘡予防費使用方法)								
過不足額		(過不足額内容説明)								

(注) 通常実施分は「定例」の欄に記載し、新規承認分等を後日追加請求した場合及び一部金額を後日マイナス調整した場合などは「追加等」の欄に記載してください。