

旭川医科大学病院校費負担患者診療規程の一部を改正する規程を次のように定める。

旭川医科大学長 西川 祐司

旭川医科大学病院校費負担患者診療規程の一部を改正する規程

旭川医科大学病院校費負担患者診療規程（平成16年旭医大達第119号）の一部について、下表右欄（「現行」欄）を同表左欄（「改正後」欄）のように改正する。

※下線部分は、改正箇所を示す。

改正後	現行
<p>(略)</p> <p><u>附 則</u></p> <p><u>この規程は、令和6年9月18日から施行し、改正後の旭川医科大学病院校費負担患者診療規程は、令和6年8月1日から適用する。</u></p> <p><u>別紙様式第1（第5条第2項関係）</u></p> <p><u>別紙様式第2（第9条関係）</u></p> <p>【改正理由】</p> <p>令和6年8月1日付け事務局改組に伴い、所要の改正を行うとともに規程の整備を図るものである。</p>	<p>(略)</p> <p><u>別紙様式第1（第5条第2項関係）</u></p> <p><u>別紙様式第2（第9条関係）</u></p>

ID欄

(改正後)  
校費負担患者認定申請書

- 入院
 外来

年 月 日

(どちらかに、チェック願います)

旭川医科大学病院 殿

診療科名

診療科長名

担当医名

下記のとおり校費負担患者としての認定を申請しますので承認願います。

Table with columns for application period, disease name, education/research type, and various criteria for recognition and cost burden.

(注意事項) 1. 申請期間は、3ヶ月を限度とします。継続する場合は、再度申請すること。 2. 入・外別に申請すること。
3. 申請時には、別紙様式第2「校費負担患者協力内容報告書」も添付すること。

(申請期間が終了したときは報告書を返送するので、すみやかに成果等を記入し提出すること)

病院長認定

事務局次長(病院担当) 医事課長 課長 補佐

ID欄

〈現行〉  
校費負担患者認定申請書

- 入院
- 外来

年 月 日

(どちらかに、チェック願います)

旭川医科大学病院 殿

診療科名 \_\_\_\_\_

診療科長名 \_\_\_\_\_ (印)

担当医名 \_\_\_\_\_ (印)

下記のとおり校費負担患者としての認定を申請しますので承認願います。

申請期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (年度を越えて申請できません)		教育研究別	1 教育	2 研究
病名					
症例区分	<input type="checkbox"/> 稀少又は難治の疾病で医学教育上必要な症例 <input type="checkbox"/> 稀少ではないが重要な疾病で医学教育上必要と認めた症例 <input type="checkbox"/> 普通一般的な軽症の疾病だが医学教育上必要と認めた症例				
認定基準	<input type="checkbox"/> 原因不明疾患の解明が必要な症例 <input type="checkbox"/> 治療法の確立及び開発のため必要な症例 <input type="checkbox"/> 発症の因果関係の解明が必要な症例 <input type="checkbox"/> 適応症外使用による薬効並びに治療法の判定に必要な症例 <input type="checkbox"/> 典型的な症例で医学の研究が必要な症例		<b>【左記に対する事由】</b> <input type="checkbox"/> 当該疾病に対する保険適用がない <input type="checkbox"/> 当該疾病に対する保険適用があるが、今回より効果の見込まれる別の方法(保険適用外)を試みる <input type="checkbox"/> 保険点数上存在する行為だが、当該疾病には適用できない		
負担区分	<input type="checkbox"/> 1. 先端医療等の全額 <input type="checkbox"/> 2. 点数表に掲載のない項目等の全額 <input type="checkbox"/> 3. 医薬品における適応症外使用・材料の目的外使用等の全額		教育等の協力に対する費用 <input type="checkbox"/> 4. 保険診療の全額 <input type="checkbox"/> 5. 保険診療の特定項目に対する全額		
	(2, 3, 5の場合は、項目名、回数、数量等具体的な内容を記載すること)				
負担区分の内容	_____ _____ _____ _____				
	校費負担見込み額				円
校費負担を必要とする経緯及び理由	_____ _____ _____ _____				
承諾	貴院の校費負担患者取扱規程による校費負担患者として認定された場合、診療を受けることを承諾します。 もし、規則その他の指示事項に従わなかった場合は、指定を取り消されることに同意し、一般患者として診療に要する費用をお支払いします。  承諾者 住所 _____ 氏名 _____ (印) 又は 患者との続柄 _____ サイン _____				

(注意事項) 1. 申請期間は、3ヶ月を限度とします。継続する場合は、再度申請すること。 2. 入・外別に申請すること。  
3. 申請時には、別紙様式第2「校費負担患者協力内容報告書」も添付すること。

(申請期間が終了したときは報告書を返送するので、すみやかに成果等を記入し提出すること)

病院長認定	事務局次長 (病院担当)	医療支援 課長	課長補佐			

ID欄

〈改正後〉  
校費負担患者協力内容報告書

- 入院
- 外来

年 月 日

(どちらかに、チェック願います)

旭川医科大学病院 殿

診療科名 \_\_\_\_\_

診療科長名 \_\_\_\_\_

担当医名 \_\_\_\_\_

下記のとおり校費負担患者としての診療が終了しましたので協力内容を報告します。

申請期間	年 月 日 ~ 年 月 日	教育研究別	1 教育	2 研究
病名				
症例区分	<input type="checkbox"/> 稀少又は難治の疾病で医学教育上必要な症例 <input type="checkbox"/> 稀少ではないが重要な疾病で医学教育上必要と認めた症例 <input type="checkbox"/> 普通一般的な軽症の疾病だが医学教育上必要と認めた症例			
認定基準	<input type="checkbox"/> 原因不明疾患の解明が必要な症例 <input type="checkbox"/> 治療法の確立及び開発のため必要な症例 <input type="checkbox"/> 発症の因果関係の解明が必要な症例 <input type="checkbox"/> 適応症外使用による薬効並びに治療法の判定に必要な症例 <input type="checkbox"/> 典型的な症例で医学の教育が必要な症例	<b>【左記に対する事由】</b> <input type="checkbox"/> 当該疾病に対する保険適用がない <input type="checkbox"/> 当該疾病に対する保険適用があるが、今回より効果の見込まれる別の方法(保険適用外)を試みる <input type="checkbox"/> 保険点数上存在する行為だが、当該疾病には適用できない		
負担区分	<input type="checkbox"/> 1. 先端医療等の全額 <input type="checkbox"/> 保険診療外に対する費用 <input type="checkbox"/> 2. 点数表に掲載のない項目等 <input type="checkbox"/> 3. 医薬品における適応症外使用・材料の目的外使用等	教育等の協力に対する費用 <input type="checkbox"/> 4. 保険診療の全額 <input type="checkbox"/> 5. 保険診療の特定項目に対する全額		
負担区分の内容	(2, 3, 5の場合、項目名、回数、数量等具体的な内容を記載すること)			
校費負担を必要とする経緯及び理由				
事項	実施月日	現在までに得られた成果等		
臨床講義				
外来実習				
病棟実習				
卒後教育				
病因の解明				
治療法の開発				
その他( )				

※講義・実習等で使用したパンフレット及び学会誌等に掲載した資料等は、添付願います。

病院長

事務局次長 (病院担当)	医事課長	課長補佐				

ID欄

(現行)

校費負担患者協力内容報告書

- 入院
- 外来

年 月 日

(どちらかに、チェック願います)

旭川医科大学病院 殿

診療科名 \_\_\_\_\_

診療科長名 \_\_\_\_\_ (印)

担当医名 \_\_\_\_\_ (印)

下記のとおり校費負担患者としての診療が終了しましたので協力内容を報告します。

申請期間	年 月 日 ~ 年 月 日		教育研究別	1 教育	2 研究
病名					
症例区分	<input type="checkbox"/> 稀少又は難治の疾病で医学教育上必要な症例 <input type="checkbox"/> 稀少ではないが重要な疾病で医学教育上必要と認めた症例 <input type="checkbox"/> 普通一般的な軽症の疾病だが医学教育上必要と認めた症例				
認定基準	<input type="checkbox"/> 原因不明疾患の解明が必要な症例 <input type="checkbox"/> 治療法の確立及び開発のため必要な症例 <input type="checkbox"/> 発症の因果関係の解明が必要な症例 <input type="checkbox"/> 適応症外使用による薬効並びに治療法の判定に必要な症例 <input type="checkbox"/> 典型的な症例で医学の教育が必要な症例		<b>【左記に対する事由】</b> <input type="checkbox"/> 当該疾病に対する保険適用がない <input type="checkbox"/> 当該疾病に対する保険適用があるが、今回より効果の見込まれる別の方法(保険適用外)を試みる <input type="checkbox"/> 保険点数上存在する行為だが、当該疾病には適用できない		
負担区分	<input type="checkbox"/> 1. 先端医療等の全額 <input type="checkbox"/> 保険診療外に対する費用 <input type="checkbox"/> 2. 点数表に掲載のない項目等 <input type="checkbox"/> 3. 医薬品における適応症外使用・材料の目的外使用等		教育等の協力に対する費用 <input type="checkbox"/> 4. 保険診療の全額 <input type="checkbox"/> 5. 保険診療の特定項目に対する全額		
	(2, 3, 5の場合、項目名、回数、数量等具体的な内容を記載すること)				
負担区分の内容	_____ _____ _____ _____ _____				
校費負担を必要とする経緯及び理由	_____ _____ _____ _____ _____				
事項	実施月日		現在までに得られた成果等		
臨床講義					
外来実習					
病棟実習					
卒後教育					
病因の解明					
治療法の開発					
その他( )					

※講義・実習等で使用したパンフレット及び学会誌等に掲載した資料等は、添付願います。

病院長

事務局次長 (病院担当)	医療支援 課長	課長補佐				