**日本造血・免疫細胞療法学会**

**2024年度診療報酬改定 要望申請書**

以下 ア）～エ）で該当するものをご選択の上、必要事項を記入し、下記の期日までにJSTCT事務局（ jstct\_office@jstct.or.jp ）までメールにてご返送ください。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。ご不明な点などございましたらご連絡ください。

**【提出期日】2022年11月6日（日）まで　　【提出先】**jstct\_office@jstct.or.jp

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申請者氏名** |  | **所属** |  | **会員番号** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ア）**医療技術（未収載＊1） | |
| 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＊2） | |
| 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＊1） | | |
| 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＊2） | | |
| 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 |  | |

＊1 未収載・・・新規，今までにないもの

＊2 既収載・・・現在あるもので見直しの必要があるもの

|  |
| --- |
| その他（200字 |
|  |