別紙様式第３号の１

遷延性意識障害者治療研究事業研究方法変更承認申請書
（在宅管理への変更用）

年　　月　　日

宮城県知事　　殿

治療研究機関　名称
長の氏名
（主治医氏名　　）

年　　月　　日付けで承認通知のありました下記患者について，在宅による医療管理に変更の上，治療研究を続けたいので承認されるようお願いします。

記

該当患者名等	管理方法
承認　Ｎ０ 患　者　名 変更年月日 変更の理由	イ　医師による定期診断 ＿＿＿＿の方法により月＿＿＿回 ロ　医師以外による定期訪問等 ＿＿＿＿の方法により月＿＿＿回 （上記訪問等者の資格＿＿＿＿） ハ　患者様態異常時の処置方法