

遷延性意識障害者治療研究事業障害者別中止報告書

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障害者の治療研究を中止します。

記

障害者	氏 名	男 女	生年月日	年 月 日生
	住 所	年 齢		満 歳
	承認番号	承認期間	年 月 日～	年 月 日
中止 内 容	中止の日	年 月 日		
	事 由	1 死 亡 (死因 : ) 2 脱 却 (現症・軽快程度説明 ) 3 転 院 (転送先 : ) (転送先申請見込み 有 無 ) (症状変化 悪化 やや悪化 変化なし やや軽快 軽快) 4 その他 A 軽快による退院 B 病状に変化ないが自宅で療養 C 福祉施設入所等 D その他 ( )		
備考				

(注) 該当部分を○で囲み、必要部分を書き加えてください。