**診療・介護・障害福祉サービス等報酬　提案書（既収載 報酬用：変更提案）**

所属（法人学会・研究会名）：

担当者：

連絡先(mail):　

変更提案する報酬体系（既収載 報酬用）

　※現在すでに存在する報酬だが、見直しの必要があるもの

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①要望区分 | | 診療報酬　・　介護報酬　・　障害福祉サービス等報酬 |
| ②報酬・サービス名 | |  |
| ➂再評価区分 | | アイテムを選択してください。 |
| ④再評価が必要な背景・理由　※具体的に | |  |
| ➄報酬の概要　※要望内容を具体的に記載 | |  |
| ⑥有効性・効率性 | |  |
| ➆　⑥の根拠となる研究結果の有無 | | 有　　・　　無　　・　　調査中 |
| ⑧  ➆で有を選択した場合に記載 | 研究タイトル |  |
| エビデンスレベル | エビデンスレベル　　　アイテムを選択してください。 |
| 内容 |  |

【参考】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ➈参考文献１ | １）名称 |  |
| ２）著者 |  |
| ３）概要  （該当ページについても記載） |  |
| ➉参考文献２ | １）名称 |  |
| ２）著者 |  |
| ３）概要  （該当ページについても記載） |  |
| ⑪　その他（自由記載項目） | |  |

※参考となる資料の別添がある場合は本紙と一緒にご提出ください。