

高知大学医学部附属病院校費負担患者取扱規則

平成16年4月1日
規則第274号

最終改正 平成31年4月26日規則第9号

(趣旨)

第1条 この規則は、高知大学医学部附属病院（以下「病院」という。）における校費負担患者（以下「校費患者」という。）の取扱いについて必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 「校費患者」とは、患者の病症又は診療が医学の研究に資するもの、あるいは保険適用外の診療行為を必要とするもので、その診療に要する費用を病院において負担する患者をいう。

(認定)

第3条 校費患者の認定は、当該診療科長の申請に基づき、病院長が行うものとする。

2 前項の申請に当たっては、あらかじめ校費負担申請書（別記様式第1号）により当該診療の費用負担の承認を受けるものとする。

3 第1項の申請は、校費負担患者承認申請書（別記様式第2号）により外来及び入院別にそれぞれ行うものとする。

4 当該診療科長は、前項の申請に当たっては、あらかじめ患者本人又は保護義務者の承諾を得なければならない。

(校費負担の範囲)

第4条 校費患者の診療に要する費用は、予算の範囲内において、その全額又は一部を病院の経費で負担する。ただし、療養の給付と直接関係ないサービス等については、患者負担とする。

(承認期間)

第5条 校費患者の承認期間は、当該会計年度の末日までとする。

2 当該診療科長は、前項の承認期間終了後も引き続き校費患者とする必要があると認めるときは、新たに第3条に定める手続を行うものとする。

(入院病室)

第6条 校費患者の入院病室は、原則として普通室とする。

(校費患者の義務)

第7条 校費患者は、校費患者として承認された趣旨に則し、当該診療科長等の諸指示に従うものとする。

(認定の取消し)

第8条 病院長は、校費患者が次の各号のいずれかに該当する場合は、当該診療科長の報告に基づき、校費患者の認定を取り消すことができる。

- (1) 校費患者の病症の経過により、校費患者としての目的に適合しなくなった場合
- (2) 校費患者等が病院の諸規則及び当該診療科長等の指示に従わない場合
- (3) 校費患者等の都合で診療を中止し、又は認定の取消しの申出があった場合

2 前項の規定により、認定の取消しがあった場合は、取消しの日の翌日から高知大学医学部附属病院諸料金規則（平成16年4月1日施行）に定める診療費を徴収するものとする。

(終了報告)

第9条 当該診療科長は、校費患者の診療が終了したときは、校費負担患者診療終了報告書（別記様式第3号）により病院長に報告するものとする。

(雑則)

第10条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は、病院長が別に定める。

附 則

この規則は、平成16年4月1日から施行する。

附 則（平成17年7月1日規則第545号）

この規則は、平成17年7月1日から施行する。

附 則（平成23年3月31日規則第107号）

この規則は、平成23年4月1日から施行する。

附 則（平成27年9月15日規則第23号）

この規則は、平成27年9月15日から施行する。

附 則（平成31年4月26日規則第9号）

この規則は、令和元年5月1日から施行する。

別記様式第1号（第3条関係）

校 費 負 担 申 請 書

年 月 日

高知大学医学部附属病院長 殿

診療科名

科 長

印

下記の臨床研究・新規医療技術を実施したいので、校費利用を承認願います。

記

1. 臨床研究名・新規医療技術名

()

2. 研究開始予定日・診療開始予定日

年 月 日

3. 計画症例数

(例)

4. 概算額

(円)

5. 校費負担内容

6. 期待される効果

7. 重篤な副作用等発生の可能性

8. 先進医療申請の予定

承 認 書

上記申請を承認する。

年 月 日

病院長

印

別記様式第2号（第3条関係）

		入 院	外 来
校 費 負 担 患 者 承 認 申 請 書			
		年 月 日	
高知大学医学部附属病院長		殿	
		診療科名	
		科 長 印	
下記患者を校費負担患者として診療したいので承認願います。			
申 請	患 者 氏 名	男 女	年 月 日生
	診 療 名		
	診 療 予 定 期 間	自 年 月 日 至 年 月 日	
	費 用 負 担 区 分	1. 全額 2. 一部	承認年月日： 年 月 日
	申 請 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・臨床研究 ・新規医療技術 	
承 認	年 月 日		
上記申請について承認する。			
病 院 長	医学部・病 院事務部長	医事課長	課長補佐
			担 当 係
			医 局 長

校費負担患者承諾書

このたび、校費負担患者として、診療を受けることを承諾いたしました上は、貴院の
規程その他指示事項を守り、治療に専念いたします。

年 月 日

高知大学医学部附属病院長 殿

患 者 氏 名 印
(保護者氏名)

別記様式第3号（第9条関係）

					入 院	外 来	
校 費 負 担 患 者 診 療 終 了 報 告 書							
					年	月	日
高知大学医学部附属病院長			殿				
					診療科名		
					科 長		
					印		
下記患者について、校費負担患者として診療を終了しましたので報告します。							
校費事項	患 者 氏 名	男 女		年 月 日 生			
	診 療 名						
	診 療 期 間	自	年 月 日	至	年 月 日		
協 力 事 項 等							
申 請 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 臨床研究 ・ 新規医療技術 						
備 考							
病 院 長		医 学 部 ・ 病 院 事 務 部 長	医 事 課 長	課 長 補 佐	担 当 係	医 局 長	