令和7年度 臨床効果データベース事業

新規参加施設申請書

**１.　申請にあたって、以下の要件を満たしていることを確認すること。**

**(チェック☒を入れてください)**

医療情報部門の協力が得られること。

* 医療情報部門担当者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
* メールアドレス　　　　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本事業として配分される研究費以上のシステム整備費を自己負担できること。

電子カルテシステムがSS-MIX2ストレージを備えていること。

SS-MIX2ストレージに対して対象患者と抽出項目を指定し、CSVファイルとしてデータ抽出できること（＊）。

* J-DREAMS研究（糖尿病）またはJ-CKD研究（慢性腎疾患）か参加の有無

∟□はい　　□いいえ

虚血性心疾患・冠動脈インターベンション、心不全症例数が豊富であること。

* PCI症例数・年間概数　　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
* 心不全症例数・年間概数　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
* アブレーション症例数・年間概数　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・以下の電子カルテデータおよび患者アウトカム情報を提供できること。

検体検査データ、処方データ（SS-MIX2標準形式またはCSV形式）

心電図データ、心エコーデータ（SEAMAT形式＊またはCSV形式）

* 心電図機器メーカー　　　　　　　　　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
* 心電図機器SEAMAT対応状況　　　　　 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* 心電図機器CSV・MFER書き出し対応状況 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* 心電図機器更新予定時期 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* 心エコーレポートベンダー \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* 心エコーレポートSEAMAT対応状況 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* 心エコーレポート \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* 心エコーレポート更新予定時期 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

心臓カテーテル検査・PCIレポートデータ（SEAMAT形式＊またはCSV形式）

* 心カテ・PCIレポートベンダー \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* 心カテ・PCIレポートSEAMAT対応状況 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* 心カテ・PCIレポートCSV書き出し対応状況 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* 心カテ・PCIレポート更新予定時期 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

患者アウトカムデータ調査「死亡、心筋梗塞、脳卒中、心不全入院、出血事象等」（オプトアウトに基づく調査票の提出）

＊…参加時には実装なしでも可、参加後に実装の支援

**2．申請日　　　 年　 月 日**

**3．申請者**

**施設名：**

**施設住所：**

**施設電話番号：**

**氏名：**

**メールアドレス：**

**◎申請後の流れについて**

**本用紙にて申請後、公募要項の各条件について、確認のため、各ご施設および医療情報担当者の方に個別に聞き取りを実施させて頂きます。その結果を踏まえ、新規参加施設の選定を進めさせていただきます。**