整理番号	※仮申請時は記載不要
区分	□治験　□製造販売後臨床試験
	■医薬品　□医療機器　□再生医療等製品

製造販売後臨床試験において実施される検査項目のうち、
保険請求ができない検査がある場合のみ記載して下さい。
なお、該当する検査がない場合は、右下の「検査料合計」の欄に
「０円」と記載して下さい。

検査項目算定明細書

検　査　名	検　査　項　目	回数	単価	小計	合　計	検査部門名	備考
呼吸循環器機能検査	心電図検査（12誘導）	8	1,500	12,000	12,000	臨床検査部	
眼科学的検査	精密眼底検査	8	1,120	8,960	8,960	眼科	
画像診断					13,640	放射線科	
①エックス線撮影	胸部Ｘ線単純撮影	8	650	5,200		〃	
	デジタル映像化処理加算	8	750	6,000		〃	
	ｺﾝﾋﾟｭｰﾃｯﾄﾞﾗｼﾞｵｸﾞﾗﾌｨｰ用ﾌｨﾙﾑ	8	305	2,440		〃	
総合計金額							

１症例あたりの検査回数×契約症例数
を記載してください。

検査部門ごとの合計金額を記載して下さい。

検査部門ごとの合計金額を記載して下さい。

	検査部門別の金額 (a)	(a)×100/130=(b)	(b)×110/100=(c)	
（臨床検査部）	12,000円	9,231円	①	10,155円
（放射線部）	13,640円	10,493円	②	11,543円
（眼科）	8,960円	6,893円	③	7,583円
（　　）	円	円	④	円
（　　）	円	円	⑤	円
（　　）	円	円	⑥	円

検査料合計（①＋②＋③＋④＋⑤＋⑥）

29,281円

［外来・入院（　8　日）］

注）本書式は保険外併用療養費制度が適用されない製造販売後調査等について、
保険請求ができないものを全て算定する。