

상대적으로 종종 관찰되는 카보플라틴의 부작용은 백혈구 및 호중구 감소와 빈혈입니다. 기타 가능한 부작용은 다음과 같습니다: 알레르기 반응, 식욕 감퇴, 설사, 변비, 구역, 복통, 피부 발진, 미각 변화, 시각 변화, 손/발 무감각, 경련, 귀울림(이명), 청력 감퇴, 청력 손실, 발열, 신장 또는 간 기능 저하, 구내염 등. 이 외에도 발생률은 높지 않지만 간질성 폐렴이 발생할 수 있습니다.

정맥 내 파클리탁셀 투여 및 복강 내 카보플라틴 투여 혼합 요법의 부작용으로 복부로 삽입하는 약물의 자극으로 인한 복통을 경험할 수 있습니다. 증상은 진통제로 억제할 수 있으나 증상이 심각할 경우에는 치료를 변경할 수 있습니다. 또한 매우 드문 경우이기는 하지만 복강 내 투여 장치 삽입으로 인한 복막염 또는 장 전공이 발생할 수 있습니다. 그러한 경우에는 즉시 적절한 조치를 실시하게 됩니다. 발생할 수 있는 다른 부작용에는 전에 개별 약물에 관해 열거한 내용이 포함됩니다.

복강 내 투여와 관련한 부작용에는 다음이 포함됩니다. 복강 내로 약물을 반복적으로 투여하기 위해 투여 장치라 불리는 장치를 피부 아래에 삽입하게 됩니다. 이는 복강 내 투여 그룹에 배정된 환자에게만 최초 수술 종료 직전에 삽입되게 됩니다. 삽입 기법은 어렵지 않지만 간혹 혈종이 생길 수도 있습니다. 이 외에도 복수, 또는 복강 내로 주입된 생리 식염수나 약물이 포트로 역류할 수 있습니다. 카보플라틴이 피하층으로 역류하거나 포트에서 새는 경우, 스테로이드 투여와 같은 조치를 취해야 할 수 있으나 심각한 문제로 되는 경우는 매우 드뭅니다.

투여 장치는 피하 지방에 삽입되기 때문에 삽입 부위가 약간 찌를 수 있습니다. 불편함이나 경미한 통증을 경험할 수 있으나 이는 시간이 흐르면서 가라앉습니다. 장치에 주사 바늘을 삽입할 때는 감염을 유발할 수 있기 때문에 조심스럽게 행해야 합니다. 장치 위치의 심한 통증 및 감염의 경우와 같이 신체 내부에 장치를 유지하는 적절하지 않을 경우에는 장치를 제거합니다.

투여 장치 끝의 카테터 주변에 장관이 달라붙어 복강 내 주입이 불가능해지는 경우도 있습니다. 카테터 주변에 들러붙어 수술이 필요한 경우는 극히 드물지만, 복강 내 투여는 중단됩니다. 또한 수술 위치에 카테터 끝이 달라 창자나 질 맹관의 봉합 부위에 구멍(천공)이 형성될 가능성이 있지만 드문 일입니다. 이러한 상황이 발생할 경우에는 복강 내 투여가 중단되며, 필요한 개복술을 실시해 천공된 위치를 복구하게 됩니다.

투여 장치는 대부분의 경우 신체 내에 장치가 영구적으로 남아 있더라도 문제를 일으키지 않는 재질로 만들어져 있습니다. 그러나 임상 실험 치료 후에는 제거할 수 있습니다. 장치는 대개 장치 부위에 대한 절개와 함께

국소 마취 후 제거합니다. 그러나 부드럽게 제거되지 못하거나 카테터가 장에 들러붙어 있다는 의심이 들 경우에는 전신 마취 하에서 개복술을 수행해야 합니다. 투여 장치 제거는 적절한 비용이 발생합니다.

이러한 부작용은 현재까지 보고된 부작용이며, 모든 환자들이 이러한 부작용을 경험하는 것은 아닙니다. 또한 이 치료에 사용되는 약물의 특성으로 인해 예기치 않은 부작용이 발생할 가능성도 있습니다. 주치의는 이러한 부작용에 대해 주의 깊게 관찰하고 필요 시 가능한 적절한 조치를 수행하게 됩니다. 이 치료 중 이상 증세를 경험할 경우에는 언제든지 주치의나 간호사와 상의하십시오.

기타 치료 방법

이 임상 실험에 참여하지 않기로 한 경우에는 다음의 치료 방법을 이용할 수 있습니다. 난소암에 대한 표준 치료는 수술 후 3주에 한 번 파클리탁셀과 카보플라틴을 정맥 내로 투여하는 것입니다. 이 임상 실험에 참여하지 않고도 표준 치료를 받을 수 있습니다. 약물에 대한 다른 선택 사항에는 시스플라틴 및 도세탁셀이 포함되며, 치료는 알레르기 발생 및 기타 부작용에 따라 선택할 수 있습니다. 방사선요법은 일반적으로 선택하지 않으나 상태에 따라 채택할 수 있습니다. 면역 요법 또한 치료 방법으로 채택할 수 있습니다.

이 임상 실험 참여로 인한 이점 및 약점

이 임상 실험에 참여하여 직접적인 이점이 있는지 여부는 알려지지 않았습니 다. 귀하의 주치의는 이 임상 실험에서의 치료가 심각한 부작용 없이 암의 진행 및 재발을 억제할 것이라 예상하고 있으나 반드시 그럴 것이라고 약속할 수는 없습니다.

이 임상 실험과 관련한 치료에는 이점과 약점이 모두 있습니다. 두 약물을 정맥 내로 투여하는 것의 이점 중 하나는 이 치료가 더욱 자주 사용되었기 때문에 어떠한 종류의 부작용이 나타나게 될지 예측하기가 더 쉽다는 점입니다. 다른 한편으로는, 복강 내 투여가 더 많은 부작용을 유발할 수 있지만 이는 통제할 수 있으며 더 나은 치료 효과를 볼 수 있습니다. 그러나 복강 내 투여의 경우 환자가 부작용을 경험하게 될 가능성이 더 많으며, 이는 정맥 내 투여에서는 거의 발생하지 않는 부작용으로(복통 또는 복막염) 잠재적인 약점이 될 수 있습니다.

그러나 이는 소규모의 임상 실험 결과 및 과거의 경험으로 간주하는, 그럴 가능성이 있는 정도의 추정치입니다. 이 임상 실험은 이 치료의 이점과 약점의 균형을 명확히 하기 위해 실시하는 것입니다.

이 단계에서 명확한 이점을 보장할 수는 없지만 이 치료와 관련한 효과 및 부작용에 대해 이 임상 실험을 통해 얻을 수 있는 정보는 향후 귀하와 유사한

질환이 있는 수많은 환자를 위한 치료에 활용될 것입니다.

이 임상 실험이 준수하는 지침

이 임상 실험은 의료 윤리의 원칙을 제시하는 헬싱키 선언을 준수하여 실시됩니다. 이 임상 실험은 국내 임상 실험에 대한 관련 윤리 지침 또한 준수합니다.

임상 실험 참여와 관련해 참여에 동의하지 않는다고 해서 불이익으로 이어지지 않으며, 자발적으로 결정해 주실 것을 요청합니다. 동의하지 않더라도 향후 치료나 서비스에 있어서 불이익을 받지 않습니다. 임상 실험 참여에 동의하지 않을 경우 주치의가 불쾌하게 여기거나 충분한 치료를 받지 못할 수 있다고 우려하실 수 있지만, 그러한 사례는 없습니다. 이 임상 실험에 참여하지 않기로 한 경우라도 주치의는 다른 치료 방법에 대해 설명해 줄 것이니 주치의와 충분히 논의해 주십시오.

동의를 추후 언제든지 철회할 수 있음

귀하께서는 언제든지 이 임상 실험에 대한 참여를 철회할 수 있습니다. 치료가 시작된 후에도 어떤 이유로든(부작용을 견딜 수 없는 이유 등) 참여를 철회할 수 있습니다. 주저하지 말고 주치의에게 말씀해 주십시오. 임상 실험이 중단되더라도 다른 적절한 치료가 제공될 것입니다.

그러나 임상 실험 치료 및 지정된 병원 방문을 계속할 수 없는 경우에는 이전부터 이 시점까지 수집된 자료가 사용됩니다. 또한 치료가 중단된 경우에는 암 재발 여부에 대해 추적 관찰을 위해 병원에 방문해야 합니다.

임상 실험 관련 정보

이 임상 실험에 사용되는 약물은 둘 다 이미 시판되고 있습니다. 임상 실험 참여 중 새롭고 의미 있는 정보가 얻어진 경우에는 귀하께서 실험 참여를 유지하시는 동안 확인된 정보를 제공합니다.

임상 실험의 최종 결과는 몇 년 후에 알 수 있습니다. 결과가 마무리되면 주치의가 임상 실험의 최종 결과에 대해 설명할 것입니다.

개인 정보 보호

귀하의 의료 기록 일부는 iPocc 임상 실험 협력 센터(일본, 도쿄, 미나토구, 시로칸, 5-9-1, 키타사토 대학 임상 약학 연구 센터)로 보내지게 됩니다. 협력 센터의 임상 실험 연구원이 귀하의 의료 정보가 담긴 기록을 볼 수 있지만 이

기록에는 개인 정보가 담기지 않습니다.

이 임상 실험이 적절하게 수행되고 있다는 것을 확인하기 위해 감사 및 감사원과 같은 지정된 직원이 기록을 볼 수 있습니다. 아니면 일본 후생노동성(MHLW)과 같은 정부 당국 대표자가 임상 실험에 대해 조사할 수 있습니다. 이 모든 경우에서 귀하의 개인 정보 및 사생활을 보호하기 위해 최선의 노력을 기울일 것입니다.

이 임상 실험에서 얻은 결과는 시행된 치료의 안전성 및 효과를 확인하기 위해 사용될 것입니다. 임상 실험 결과는 발표될 계획이 있으며 의학 회의 및 학술 저널에 소개될 것입니다. 그러나 연구 결과는 약 746명의 환자를 합쳐 보고되므로 개인 정보는 공개되지 않습니다.

부작용의 경우

치료는 주의 깊게 시행할 것이지만 귀하가 받은 치료와 관련해 임상 실험 중이나 실험 종료 후에 건강상의 위험이 발생할 가능성이 있습니다. 항암 약물의 효과를 조사하는 다른 임상 실험과 마찬가지로 원칙적으로는 귀하는 금전적 보상을 받지 않습니다. 그러나 부작용이 발생할 경우 적절한 치료를 제공하게 됩니다. 그러한 상황으로 인해 발생하는 비용은 환자의 부분적 본인부담금 지급과 함께 건강 보험에서 보장합니다.

이 임상 실험은 일본의 임상 실험 보험으로 보장됩니다. 일부의 경우 임상 실험에 대한 절차를 지정한 임상 실험 계획서를 따르지 않은 결과로 인해 손상을 입은 경우에는 보험으로 보상을 받게 됩니다. 임상 실험에 참여하는 도중 및 임상 실험이 완료된 후라도 실험에 참여함으로 인해 부상을 입었다고 생각되는 경우에는 의사에게 이야기하는 것이 중요합니다.

임상 실험 참여 피험자에게 요구되는 사항

임상 실험 기간 중 귀하의 안전은 물론 치료에 대한 적절한 평가를 위해 필요한 필수 검사에 협조해 달라는 요청을 드립니다. 또한 신체적 이상 상태를 경험할 경우에는 가능한 한 빨리 주치의로부터 치료를 받으십시오. 다른 병원에 다녀야 할 경우에는 임상 실험에 참여하고 있다는 사실을 알리고 이 기관의 주치의에게 외부 의사의 진찰을 받았다는 점을 알려주십시오. 다른 약물 처치를 받는 경우(처방전 없이 살 수 있는 약물 및 보충제 포함) 주치의에게 반드시 말씀해 주십시오. 이 임상 실험에 대해 궁금한 사항이 있는 경우에는 주저하지 말고 어느 때든 주치의에게 물어보십시오.

복강 내 투여 장치가 삽입된 피험자에게 요구되는 사항

극히 드문 경우지만 공항의 게이트와 같은 장소에 설치된 금속 탐지기에

감지될 수 있습니다. 진단 서류뿐만 아니라 복강 내 투요 장치가 삽입되었음을 나타내는 진료카드를 소지할 것을 권장합니다. 장치가 삽입되어 있는 동안 X선/MRI/CT와 같은 검사를 받는 것은 안전합니다.

이 임상 실험에 대한 윤리적 평가

이 임상 실험은 많은 의료 전문가가 철저하게 조사했습니다. 또한 이 임상 실험은 피험자의 권리 및 안전에 대한 보호할 책임을 가지는 임상실험 윤리심의위원회(IRB) 승인을 받았습니다. 임상 실험에 관련된 기관의 직원 또한 이러한 사항을 보호하기 위해 행동할 것입니다. 피험자의 권리에 관해 궁금한 사항이 있는 경우에는 아래 세부 사항으로 문의해 주십시오.

임상 실험 심의위원회 정보:

이름: _____
책임자: _____
주소: _____
웹 URL: _____

임상 실험에 대한 책임자의 연락처 세부 사항은 다음과 같습니다.

책임자

이름: _____
연락처(소속): _____ (직위)
전화번호: _____

이 임상 실험과 관련한 불만 사항이 있는 경우에는 임상 실험과 직접적인 관련이 없는 사람에게 이야기할 수 있습니다. 주저하지 말고 아래의 사람에게 문의하십시오.

피험자 대리인

대리인 이름 _____
직원 소속 _____ (직위)
전화번호: _____

연구 기금 및 이해 충돌

이 임상 실험은 대부분 MLW의 보건노동과학연구기금(Health Labour Sciences Research Grant)에 기반을 두고 있으며 연구 비용은 GOTIC(부인종양 임상실험연구 컨소시엄, Gynecologic Oncology Trial and Investigation Consortium) 및 JGOC(일본 부인종양연구회, Japanese Gynecologic Oncology Group)에서 일부 충당합니다.

병원 이름: _____ 에서는 이 임상 실험에 직접적으로 관계된 모든 사람들이 이 임상 실험으로 인한 개인적인 이익을 얻을 수 있는 상태가 아니라는 것을 확인합니다(이는 이해 충돌이라고 합니다). 또한 다른 기관은 물론 iPocc 임상 실험 협력 센터 연구팀의 다른 구성원들은 관계 당사자에 의해 이 임상 실험에 관련된 이해 충돌에 관한 평가를 받았습니다.

공개화된 임상 실험 정보

이 임상 실험은 임상 실험 정보를 대중에게 공개할 목적으로 일본의 임상 실험 기록부 UMIN(대학병원 의료정보 네트워크, (University Hospital Medical Information Network) <http://www.umin.ac.jp/ctr/index-j.htm>, 은 물론 영문으로는 <http://clinicaltrials.gov/>에 등록되어 있습니다. 임상 실험 방법, 진행 상황 및 결과와 같은 정보는 인터넷을 통해 누구나 볼 수 있습니다.

최종 정리

이 임상 실험에 참여하는 것은 귀하의 선택입니다. 이 임상 실험에 참여할지 여부를 선택할 수 있습니다. 명확하지 않은 것이 있을 경우에는 언제든지 주치의에게 물어보십시오.

면밀히 고려한 후 이 임상 실험에 참여하기로 결정한 경우에는 다음 페이지의 피험자 동의서에 날짜를 기입하고 서명한 다음 주치의에게 전달해 주십시오. 동의서는 사본을 만들어 귀하가 보관하게 됩니다.

피험자 동의서

(병원 이름)의 병원장 _____

설명일(일/월/연도)

정보를 제공한 의사

부서 이름 _____

의사 이름(서명) _____

본인은 이 동의서의 모든 XX(설명지 페이지 총 수) 페이지의 사본을 받았습니다. 삶의 질(QOL) 및 비용 조사를 포함한 임상 실험 정보에 대해 읽었습니다. 본인은 실험 정보에 대해 이해하고 있으며 모든 질문에 답변을 받았습니다. 본인은 이 임상 실험인 “상피성 난소암, 난관암 또는 일차성 복막암 여성에 대한 주 1회 파클리탁셀 정맥(IV) 투여 및 3주에 1회 카보플라틴 정맥(IV) 투여 요법과 주 1회 파클리탁셀 정맥(IV) 투여 및 3주에 1회 카보플라틴 복강 내(IP) 투여를 비교하는 무작위 2상/3상 임상 실험”에 참여할 것을 동의합니다.

- 본인은 삶의 질(QOL) 및 비용 조사를 포함한 임상 실험에 참여하겠습니다.
- 본인은 비용 조사를 제외한 임상 실험에 참여하겠습니다.

피험자 이름(서명)

날짜

법적 대리인 이름[필요 시]

날짜

피험자와의 관계

* 요구 시에만 기입(서명)

본인은 위와 같이 임상 실험에 대해 충분한 설명을 제공했고, 피험자로부터 동의를 얻었으며 환자 설명지와 피험자 동의서 사본을 전달했습니다.

주치의(서명)

날짜

IV. 先進医療申請書

関厚発 0330 第 155 号

平成 24 年 3 月 30 日

昭和大学病院 開設者 殿

関東信越厚生局長

「既に第3項先進医療として先進医療告示に定められている
医療技術に係る届出」の受理について（通知）

貴保険医療機関から届出のありました先進医療について、施設基準に適合していることが認められるため、下記のとおり先進医療施設届出書を受理しましたので通知します。

記

- | | |
|------------------|--------------|
| 1. 受 理 番 号 | (先177) 第468号 |
| 2. 受 付 年 月 日 | 平成24年 3月29日 |
| 3. 届 出 受 理 年 月 日 | 平成24年 3月29日 |
| 4. 算 定 開 始 年 月 日 | 平成24年 4月 1日 |
| 5. 受 理 内 容 | 先進医療 |

(技術名：パクリタキセル静脈内投与（一週間に一回投与するものに限る。）及びカルボプラチン腹腔内投与（三週間に一回投与するものに限る。）の併用療法 上皮性卵巣がん、卵管がん又は原発性腹膜がん

(連絡先 関東信越厚生局東京事務所審査課 電話 03-6692-5119)



近厚発0404第16号
平成24年 4月 4日

兵庫医科大学病院
開設者様

近畿厚生局長



先進医療の届出の受理について（通知）

さきに届出のありましたこのことについて、下記のとおり受理したので通知します。

記

受理番号

（先177）第2号

受付年月日

平成24年 3月26日

算定開始年月日

平成24年 4月 1日

該当先進医療

パクリタキセル静脈内投与（一週間に一回投与するものに限る。）及びカルボプラチン腹腔内投与（三週間に一回投与するものに限る。）の併用療法：上皮性卵巣がん、卵管がん又は原発性腹膜がん

九厚発0409第8号
平成24年 4月 9日

福岡県福岡市中央区地行浜1丁目8番1号

独立行政法人国立病院機構 九州医療センター
独立行政法人国立病院機構
理事長 桐野 高明 様

九州厚生局長



先進医療の届出の受理について（通知）

さきに届出のありましたこのことについて、下記のとおり受理したので通知します。

記

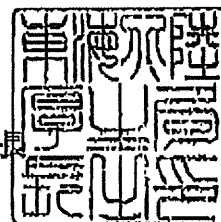
受理番号	(先177) 第1号
受付年月日	平成24年 3月29日
算定開始年月日	平成24年 4月 1日
該当先進医療	パクリタキセル静脈内投与（一週間に一回投与するものに限る。）及びカルボプラチン腹腔内投与（三週間に一回投与するものに限る。）の併用療法 上皮性卵巣がん、卵管がん又は原発性腹膜がん

(連絡先 九州厚生局指導監査課 電話092-707-1125)

東海厚発 050/ 第 04 号
平成 24 年 5 月 21 日

三重県立総合医療センター
地方独立行政法人三重県立総合医療センター
理事長 高瀬 幸次郎 様

東海北陸厚生局長



既に第3項先進医療として先進医療告示に定められている
医療技術に係る届出の受理について

標記のことについて、別添のとおり下記先進医療の施設基準の受理通知を送付いたしますのでよろしくお願ひします。

記

先進医療技術名	(先177) パクリタキセル静脈内投与（一週間に一回投与するものに限る。）及びカルボプラチン腹腔内投与（三週間に一回投与するものに限る。）の併用療法 上皮性卵巣がん、卵管がん又は原発性腹膜がん
---------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------



四日市市大字日永5450番地132

三重県立総合医療センター
地方独立行政法人三重県立総合医療センター
理事長 高瀬 幸次郎 様

東海北陸厚生局長

先進医療の届出の受理について（通知）

さきに届出のありましたこのことについて、下記のとおり受理したので通知します。

記

受 理 番 号

(先177) 第1号

算定開始年月日

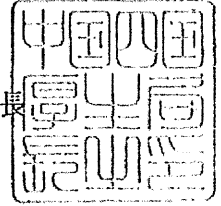
平成24年 4月 1日

平成24年 9月 5日

山口大学医学部附属病院

開設者 殿

中国四国厚生局長



先進医療の届出の受理について（通知）

さきに届出のありましたこのことについて、下記のとおり受理したので通知します。

記

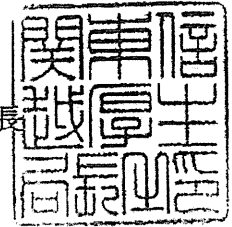
- | | |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 受理番号 | (先177) 第1号 |
| 2 算定開始年月日 | 平成24年 9月 1日 |
| 3 該当先進医療 | パクリタキセル静脈内投与（一週間に一回投与するものに限る。）及びカルボプラチン腹腔内投与（三週間に一回投与するものに限る。）の併用療法 上皮性卵巣がん、卵管がん又は原発性腹膜がん |

平成24年12月28日

東海大学医学部付属病院

開設者 殿

関東信越厚生局長



先進医療の届出の受理について（通知）

さきに届出のありましたこのことについて、下記のとおり受理したので通知します。

記

受理番号	(先177)第2号
算定開始年月日	平成25年 1月 1日
該当先進医療	パクリタキセル静脈内投与（一週間に一回投与するものに限る。）及びカルボプラチン腹腔内投与（三週間に一回投与するものに限る。）の併用療法 上皮性卵巣がん、卵管がん又は原発性腹膜がん

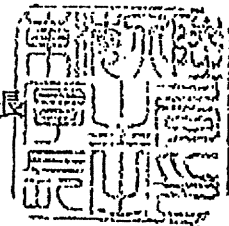
（連絡先 関東信越厚生局神奈川事務所 審査課 電話 045-270-2053）



東海厚発1228第68号
平成24年12月28日

愛知県がんセンター中央病院
開設者様

東海北陸厚生局長



先進医療の届出の受理について（通知）

さきに届出のありましたこのことについて、下記のとおり受理したので通知します。

記

1 受理番号

（先177）第1号

2 受付年月日

平成24年12月28日

3 算定開始年月日

平成25年 1月 1日

4 該当先進医療

パクリタキセル静脈内投与（一週間に一回投与するものに限る。）及びカルボ
プラチン腹腔内投与（三週間に一回投与するものに限る。）の併用療法 上皮
性卵巣がん、卵管がん又は原発性腹膜がん

（連絡先 指導監査課 電話 052-979-7380）

平成24年12月28日

津市江戸橋2丁目174番地

国立大学法人三重大学医学部附属病院
国立大学法人三重大学医学部附属病院
院長 竹田 寛 様

東海北陸厚生局長

先進医療の届出の受理について（通知）

さきに届出のありましたこのことについて、下記のとおり受理したので通知します。

記

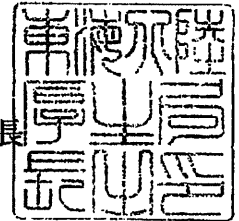
受 理 番 号	(先177) 第2号
算定開始年月日	平成25年 1月 1日

東海厚発0111第30号

平成25年 1月11日

国立大学法人三重大学医学部附属病院
病院長 竹田 寛 様

東海北陸厚生局長



既に第3項先進医療として先進医療告示に定められている
医療技術(先進医療B)に係る届出の受理について

標記のことについて、別添のとおり下記先進医療の受理通知を送付いたします。

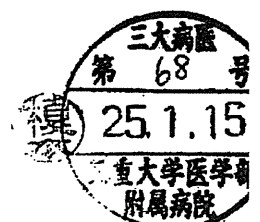
記

先進医療技術名 (先-177)

パクリタキセル静脈内投与(一週間に一回投与するもの
に限る。)及びカルボプラチン腹腔内投与(三週間に一回
投与するものに限る。)の併用療法 上皮性卵巣がん、
卵管がん又は原発性腹膜がん

(先-194)

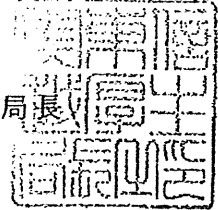
術後のホルモン療法及びS-1内服投与の併用療法 原
発性乳がん(エストロゲン受容体が陽性であって、HER
2が陰性のものに限る。)



関厚発1228第47号
平成24年12月28日

慶応義塾大学病院
開設者 学校法人 慶応義塾
理事長 清 家 篤 殿

関東信越厚生局長



「既に第3項先進医療として先進医療告示に定められている
医療技術（先進医療B）に係る届出」の受理について（通知）

貴保険医療機関から届出のありました先進医療について、施設基準に適合していることが認められるため、下記のとおり先進医療施設届出書を受理したので通知します。

記

- | | |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 受 理 番 号 | (先177) 第538号 |
| 2. 受 付 年 月 日 | 平成24年12月28日 |
| 3. 届 出 受 理 年 月 日 | 平成24年12月28日 |
| 4. 算 定 開 始 年 月 日 | 平成25年1月1日 |
| 5. 受 理 内 容 | 先進医療
(技術名：パクリタキセル静脈内投与（一週間に一回投与するものに限る。）及びカルボプラチン腹腔内投与（三週間に一回投与するものに限る。）の併用療法 上皮性卵巣がん、卵肝がん又は原発性腹膜がん |

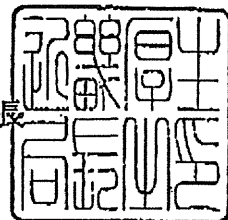
(連絡先 関東信越厚生局東京事務所審査課 電話 03-6692-5119)



平成25年 1月11日

大阪医科大学附属病院
開設者様

近畿厚生局長



先進医療の届出の受理について（通知）

さきに届出のありましたこのことについて、下記のとおり受理したので通知
します。

記

- 1 受理番号 (先177) 第3号
- 2 算定開始年月日 平成25年 1月 1日
- 3 該当先進医療 パクリタキセル静脈内投与（一週間に一回投与するものに限る。）及びカルボプラチン腹腔内投与（三週間に一回投与するものに限る。）の併用療法 上皮性卵巣がん、卵管がん又は原発性腹膜がん