様式１：プログラム医療機器の該当性相談様式（個人が使用するプログラム）

別紙１

|  |  |
| --- | --- |
| 相談事業者名 | 会社名：  連絡先（電話番号、メールアドレス）： |
| 医療機器該当性に係る相談者の想定 | * １　医療機器該当　　□　２　医療機器非該当 |
| 製品名・使用目的 |  |
| 機能名 |  |
| 製品概要 |  |
| 相談概要の公表の可否  （原則公表） | 公表不可：　　　（理由） |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 目的 | 疾病の診断・治療・予防を意図しているか。 |  | １　YES |  | ２　NO*→２使*  *用対象者*へ |
| 上記の目的においてYESと判断した場合のみ | 同一の処理を行う医療機器が存在する場合、その機器はクラスⅠ又はⅡ以上のどちらに該当するか？ |  | １　クラスⅠ  （製品名：） |  | ２　クラスⅡ  以上  （製品名：） |
| 上記を不明又は同一医療機器がないと判断した場合のみ | GHTFルール（※１）に基づき判断すると、クラスⅡ以上に相当か？ |  | １　YES |  | ２　NO |
| ２ | 使用対象者 | 個人・家庭向けの製品か？  医療関係者向け（※２）の製品か？ |  | １　個人 |  | ２　医療関係  者（※２）  *→１に○がつかない場合は様式２を使用すること* |
| ３ | プログラムの機能及び目的について（１目的でNoと判断した場合のみ） | | | | | |
| （１）データの表示、保管、転送のみか？ | |  | １　YES |  | ２　NO*→（２）へ* |
| （２）運動管理等の医療・健康以外の目的か？ | |  | １　YES |  | ２　NO*→（３）へ* |
| （３）利用者への情報提供のみを行うものか？  （※３） | |  | １　YES |  | ２　NO*→（４）へ* |
| （４）診断、治療、予防以外を目的としたデータの加工・処理か？ | |  | １　YES |  | ２　NO*→（５）へ* |
| （５）入力情報を基に疾病候補等を表示するか？ | |  | １　YES |  | ２　NO*→（６）へ* |
| （６）GHTFルールに基づき判断すると、クラスⅡ以上に相当するか？ | |  | １　YES |  | ２　NO |
| ４ | 「プログラムの医療機器該当性に関するガイドライン」の確認を行ったか？ | |  | １　YES |  | ２　NO |
| 「プログラムの医療機器該当性に関するガイドライン」のフローチャートを確認した結果、企業としてはどのように判断したか。また、どのような点に疑問を感じているか? | |  | | | |

※１　クラス分類についてGHTFルールに基づき判断を行う場合は、「高度管理医療機器、管理医療機器及び一般医療機器に係るクラス分類ルールの改正について」(平成25年５月10日付け薬食発0510第８号厚生労働省医薬食品局長通知)を参考に判断を行うこと。

※２　個人が医療関係者の管理下で使用するものを含む。

※３　情報提供に当たって、判断根拠を利用者に示していない場合又は判断根拠が医療関係者ではない一般の個人向けには理解が難しい資料である場合はNOに○を記載する。