再生医療等技術のリスク分類　チェックリスト

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 番号 | 確認事項 | 確認欄 |
| No | Yes |
| 1 | 細胞加工物を用いるか | □ | □ |
| 2 | 政令で除外した技術を用いるか | □ | □ |
| 3 | 人の胚性幹細胞／人工多能性幹細胞／人工多能性幹細胞様細胞を用いるか | □ | □ |
| 4 | 遺伝子を導入する操作を行った細胞を用いるか | □ | □ |
| 5 | 動物の細胞を用いるか | □ | □ |
| 6 | 投与を受ける者以外の人の細胞を用いるか | □ | □ |
| 7 | 幹細胞を利用している**か** | □ | □ |
| 8 | 人の身体の構造又は機能の再建、修復又は形成を目的としているか　 | □ | □ |
| 9 | 培養を行った細胞を用いるか | □ | □ |
| 10 | 相同利用に該当するか | □ | □ |

＊相同利用とは採取した細胞が再生医療等を受ける者の再生医療等の対象となる部位の細胞と同様の機能を持つ細胞の投与方法。末梢血から遠心分離した細胞（血小板）などを皮膚や口腔内に投与する方法は該当します。しかし，関節腔や血流の乏しい部位への投与は該当しません。

平成　　年　　月　　日

　申請者名：　　　　　　　　　　　　　　責任者氏名：

|  |
| --- |
|  |

委員会記載欄　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 確認事項 | 確認欄 |
| Yes | No |
| 第3種再生医療等に該当する | □ | □ |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　委員長氏名：