病院長	委員長	企画課長	薬剤部長

独立行政法人国立病院機構
関門医療センター　病院長 殿

医 薬 品 採 用 申 請 書

年　　月　　日

医　　長　　科　　㊞

申 請 者　　科　　㊞

該当する箇所に☑を入れてください

申請区分	☐ 通 常	☐ 緊 急
	☐ 院 内	☐ 院 外 の み
	☐ 限 定　（ ID 番号：	患者氏名：　　）

医薬品名			
一般名			
規格・単位		会　社　名	
適応症			
用法・用量			

治療上の位置づけ、ガイドライン等での記載等での位置づけ、違いを記入してください。
同種同効薬の採用がある場合は、既存の採用薬との差異、削除候補の有無を含めて具体的に申請理由を記載してください。

申請理由	

削除候補	☐ なし　　☐ あり（ 医薬品名：　　）

２０２０年７月改訂