独立行政法人国立病院機構

関門医療センター 病院長 殿

（薬剤部経由）

**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 両 方**□** 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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

2025年4月改訂