

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 ④

申 請 者 科 ④

該当する箇所に☑を入れてください

申請区分	<input type="checkbox"/> 通常	<input type="checkbox"/> 緊急
	<input type="checkbox"/> 院内・院外両方	<input type="checkbox"/> 院外のみ
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 医薬品名 : _____ )
------	--