患者限定薬品申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 起　案 | 　　　　年　　月　　日 | 決　裁(病院長) | 　　　　年　　月　　日　印 |
|  事務部長 経営管理課長  薬事委員長  薬剤部長 副薬剤部長 薬品情報主任 |
|  　下記の薬品を診療上使用したいので，患者限定使用を申請します。 岐阜大学医学部附属病院長殿 (西暦)　　　　年　　月　　日 　　　　　　科 科　　長　　　　　　　　　　　　印 薬事委員　　　　　　　　　　　　印 |
| 薬品名 |  | 会社名 |  |
| 規格・単位 |  | 主治医名(PHS) | () |
| 申請区分 | □ 次回薬事委員会で申請予定の薬品□ 救急で治療に必要なため□ 本院あるいは他院にて既に使用しており継続投与が必要なため |
| 申請範囲 | □ 院内の使用に限る　　□ 院内および院外の両方で使用する |
| 必要理由 |  |
| 使用法 | １．用　　法：２．用　　量：３．使用期間：４．対象疾患： |
| 患者名 |  | 患者ID |  |
| 薬事委員会での承認 | □ 承認済　　□ 未承認 | 使用見込量 |  |
| 保険適応 | 有　　　無 | 保険薬価 |  |

太枠内は必ず診療科において記入して下さい。

※本書は薬剤部 医薬品情報管理室へ提出して下さい。