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。