

患者限定薬品連絡書

(本連絡書は、薬事委員会で患者限定薬品として承認済の薬品を使用する場合、又は過去に採用されていた薬品を使用する必要がある場合に限り使用できます。)

(西暦) 年 月 日

科 主治医 (PHS)

薬品名	
採用・購入状	[本院での採用歴または購入歴について] <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (⇒ 患者限定薬品申請書にて提出して下さい。)
必要区分	<input type="checkbox"/> 次回薬事委員会で申請予定の薬品 <input type="checkbox"/> 救急で治療に必要なため <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 有害事象や適応等の問題により必要なため
必要範囲	<input type="checkbox"/> 院内の使用に限る <input type="checkbox"/> 院内および院外の両方で使用する
必要理由	
使用方法	1. 用法： 2. 用量： 3. 使用期間： 4. 対象疾患：
患者名	(患者 ID :)