

薬事審議委員会 殿

(提出先:薬剤部)

# 新規薬品 緊急購入願

( 院内処方薬  院外処方限定薬品)

※レ点を記入ください。

申請にあたっては、「長崎みなとメディカルセンターにおける採用医薬品分類と取扱い方法」を参照のこと

品名	申請者名	印
規格	包装	
薬価		
会社名(製造・輸入)	(販売)	

緊急採用の目的(理由および特徴も含む)

※患者限定使用の場合以下に記入をお願いします。

●患者 ID ( ) 患者名 ( )

・ 緊急採用はその患者において代替薬がなく、かつ緊急性があると認められる下記のいずれかの品目について特別に認めるものとする。

1. 患者限定使用薬品(使用終了時は原則在庫がなくなるようご調整お願い致します)
2. 本院での治験実施医薬品
3. 希少疾病用医薬品
4. その他病院長が必要と認める医薬品

・ 継続して使用する場合は、次回の薬事審議委員会への申請を必要とします。

平成 年 月 日

診療科名 :

科代表者(診療部長)名 :

印

備考 (市販直後調査(期間)、全例調査(事前登録の必要性についても記載)、承認条件等がある場合、記載して下さい。)

(受理 ・ 不受理)

薬事審議委員長

印