

新規薬品採用願

院内採用薬

- 正規採用薬品
- 非正規採用薬品 (希少疾病用薬品・ 臨時採用薬(患者限定使用)・ 製剤原料用薬品)
- 放射性薬品
- 臨床重要薬品

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

申請者名

印

※申請者には、薬事審議委員会にて使用目的等説明していただきます。

品 名

規 格
薬 価

包 装

会社名(製造・輸入)

(販売)

① 月間使用見込数量 ② 院内月間使用見込数量 ③ 初回購入希望数量

(②、③については院外処方限定薬品は除く)

使用目的 (理由および特徴)

採用削除候補薬剤 :

※採用申請薬剤1品目に対して削除候補薬剤を1品目削除して下さい。なお、院外限定薬品の申請で、院内採用薬品から削除候補薬剤を選択する際は、削除か院外限定移行かを明記して下さい。

当院における治験実施の有無:

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。)