

< 記載例 >

薬事審議委員会 殿

【書類作成時の注意】A4 片面 1 枚に
収まるよう調整してください。

該当部分に○をつけてください

診療科長や医局長、申請者の捺印を頂く前に、
必ず薬品情報室で記載内容の確認を受けて下さい

新規薬品購入願

購入品目 (正規採用薬品 ・ 臨時採用薬品 ・ 臨床重要薬品 ・ 製剤原料用薬品 ・ 放射性薬品)

購入非計上品目 (院外限定薬品 ・ 院外重要薬品 ・ 自由診療薬品)

※申請にあたっては、「長崎大学病院における採用医薬品分類と取扱い方法」を参照のこと

予め印字してください

添付文書に記載されている正式名称で記載
注射剤、外用剤などは容量 (mL、g) も記載

申請者名 (助教以上) 長崎 太郎 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 ○○○○錠 100mg

添付文書【包装】の通りに記載

規 格 成分名 (一般名) 100mg/錠 包 装 100錠 (PTP、バラ)、500錠 (PTP)

薬 価 123.4/錠

当院を担当する会社名を記載

会社名 (製造・輸入) △△製薬株式会社 (販売) □□株式会社

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については購入非計上品目は除く)

① 2000錠 ② 500錠 ③ 200錠

使用目的 (特徴および理由)

・採用申請薬剤の特徴

その薬剤の必要性や他剤との比較などを箇条書きでなく文章 (常体) で記載。
各区分で申請する理由を記載してください (院外のみで良い理由、臨時採用する理由など)。
製薬企業の宣伝調の文章にならないように注意してください。

また、臨床重要薬品で申請する場合は、どの申請要件に該当するのかを必ず記載してください。
詳しくは、「長崎大学病院における採用医薬品分類と取扱い方法」を参照のこと。

・申請理由 (院外重要薬品の場合は、入院時に代替使用する正規採用薬名も記載する)

削除薬は、原則、同種同効薬から選定してください。

記載例)

正規採用の場合は、▲▲カプセル

院外限定薬品での申請の場合、▲▲カプセル (正規採用から院外限定薬品に変更)

▲▲カプセル (院外限定薬品の削除) など記載する。

採用削除候補薬剤: ▲▲カプセル

(正規、院外限定薬品は、申請薬剤 1 品目に対して削除候補薬剤を 1 品目指定して下さい。院外限定薬品の申請で、正規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。)

※同効薬以外を削除候補薬とする場合は、同効薬を削除候補としない理由を記載して下さい。

同効薬を選定しない理由:

臓器別診療科名を記載してください。

西暦 ●●年 ▲▲月 ■■日

予め印字してください

診療科名 ●●●科

科長 (教授) 名 長崎 一郎 印

医 局 長 名 長崎 次郎 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。)

・全例調査 (使用前に事前登録が必要)

・市販直後調査 (20XX 年 XX 月 XX 日 ~ 20XX 年 XX 月 XX 日)

必ず記入すること。

該当しない場合には「なし」と記載する。

また、購入時に制限がある場合は、簡潔に制限の内容を記載してください。