※事務局使用欄

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 | 未医　　　－ |

西暦　　　年　　月　　日

未承認新規医薬品等の医療提供に関する実施申請書（医薬品）

医療安全管理部

未承認新規医薬品等担当部門　殿

 　　　　　　　（診療科等の長）

所属：

職名：

氏名： 　　　　　　　　　　　　　 　㊞

下記のとおり、未承認新規医薬等を用いた医療の提供の実施を申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 1.申請事項 | □国内未承認医薬品（□新規申請　□継続申請）□適応外使用（□新規申請　□継続申請）□治験薬の継続投与等（□新規申請　□継続申請） |
| 2.医薬品名及び会社名 | 医薬品名：　　　　　　　　　会社名： |
| 3.規格及び剤型 | 規格：　　　　　　　　　　　剤型： |
| 4.使用予定数量（用法･用量） |  |
| 5.使用予定期間 | 西暦　　　年　　月　　日～西暦　　　　年　　月　　日 |
| 6．入外区分 | □１．入院のみ　　□２．外来のみ　　□３．入院・外来とも |
| 7.目的 |  |
| 8.対象患者又は対象疾患 |  |
| 9.検査項目 |  |
| 10.評価判定 |  |
| 11.対象医薬品の概要(1)薬剤名：一般名 　　　化学名　　　　 構造式 |
| (2)毒性ア　急性毒性イ　亜急性毒性ウ　慢性毒性エ　その他特殊毒性 |
| (3)薬理作用ア　薬効薬理イ　一般薬理 |
| (4)薬物動態〔特にヒトにおけるＣmax．Ｔmax．Ｔ1/2．尿中排泄率．蛋白結合率〕 |
| (5)臨床試験成績（当該疾患に対する本薬剤の投与方法、有効性、安全性等に関するデータを記入すること。） |

|  |
| --- |
| 12．薬品費の支払区分　※混合診療とならないように注意すること。□１．自由診療：全額診療科(部)研究費（保険請求なし）※以下を記載すること。　予算根拠：□Ａ運営費　□Ｂ寄付金　□Ｃ受託研究費・共同研究費・受託事業費　　　　　　□Ｄ厚労科研費　□Ｅ文部科研費　□その他の経費（　　　　　　　　　　　　　）　予算コード：（　　　　　　　　　　　）　予算執行権限者：　　　　　　　　　　　　□２．自由診療：全額患者負担（保険請求なし）□３．その他の支払方法（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 13．添付資料□同意･説明文書(任意の様式)　□添付文書□使用薬剤の参考文献□その他（　　　　　　　　　　　） |
| 14．実施責任医師　診療科(部)名：　　　　　　　　職名：　　　　　氏名：　　　　　　　　　　連絡先：内線　　　　　（PHS　　　　　）　Email：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 緊　急　審　査　要　望　書 |
| □緊急審査を希望します。　※緊急審査の要件（未承認新規医薬品評価委員会内規第６条に規定）　　(1) 対象患者が限定されていること。(2) 対象患者の生命、症状悪化等の緊急性が認められること。・対象患者（ＩＤ　　　　　　　　　/イニシャル　　　　　殿/性別　　　　　/年齢　　　　　歳） |
| ・緊急審査を希望する理由（具体的に記載すること/別紙でも可） |