

## 新規採用申請医薬品

公立岩瀬病院 御中

項 目	内 容		
会社名			
商品名			
一般名			
適応			
発売（販売）日			
薬価収載日			
今回申請規格			
申請外その他規格			
剤形			
投与方法（用法、用量）			
投与期間の制限	<input type="checkbox"/> 有	詳細：	
	<input type="checkbox"/> 無		
薬価基準（円）			
最少包装薬価（円） （包装単位も）			
当院における治験の実施	<input type="checkbox"/> 有	治験期間： 年 月～ 年 月	診療科：
	<input type="checkbox"/> 無		
第3相試験の2重盲検試験における対照薬			

後発品かどうか	<input type="checkbox"/> 先発品		
	<input type="checkbox"/> 後発品		
オーファンドラッグですか	<input type="checkbox"/> はい	詳細：	
	<input type="checkbox"/> いいえ		
海外における発売状況			
副作用			
他社同効薬			
包装単位（全ての包装単位を書いてください）			
錠剤・カプセルの場合	錠剤粉砕・カプセル開封の可否	<input type="checkbox"/> 可	詳細：
		<input type="checkbox"/> 不可	詳細：
	バラの可否（包装から出して良いか）	<input type="checkbox"/> 可	詳細：
		<input type="checkbox"/> 不可	詳細：
	簡易懸濁法での投与の可否	<input type="checkbox"/> 可	詳細：
		<input type="checkbox"/> 不可	詳細：
長期投与の可否	<input type="checkbox"/> 可		
	<input type="checkbox"/> 不可	投与日数は 日まで。 長期投与が可能となる日： 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 該当無し		

上記の通り、医薬品の発売（販売）を証明致します。

平成 年 月 日

発売（販売）会社（営業所）名