改正大麻取締法及び麻薬及び向精神薬取締法の施行前に保有している

（別添１）

カンナビノイド製品の継続使用希望申込書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病名 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 主要症状 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日・年齢 |  | | | 年 | | |  | 月 |  | | 日生 | 性別 | | ※  男　・　女 |
| （ | | | | | | |  | | 歳） | |
| 申込時に使用しているカンナビノイド製品の品名及び供給者の名称 | 品名 | | | |  | | | | | | | | | |
| 供給者名 | | | |  | | | | | | | | | |
| 申込時におけるカンナビノイド製品の保有量 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 使用している  カンナビノイド製品の  用法・用量 | １回量 | | | | | 使用回数等 | | | | | | | 投与経路 | |
|  | | mg | | |  | | ※  回/日 ➔  時間毎  頓用 | | | ※  毎食後  毎食前  毎食間  就寝前 | | ※  経口 経鼻  舌下　 経皮  その他（　　　　） | |
| 使用しているカンナビノイド製品の「カンナビノイド医薬品とカンナビノイド製品の薬事監視」研究班の麻薬施用者への  譲渡年月日 | 令和６年12月11日 | | | | | | | | | | | | | |
| 譲渡するカンナビノイド製品の数量 | 「使用しているカンナビノイド製品の保有量」のうち、令和６年12月11日時点における全残存量 | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり、改正大麻取締法及び麻薬及び向精神薬取締法の施行前に保有しているカンナビノイド製品を継続使用するための診察及びその製品の交付を希望しますので、申し込みいたします。  　　　　年　　 月　　 日 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 住　所 |  | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | | |
| E-mail |  | | | | | | | | | | | | |
| 厚生労働省　御中 | | | | | | | | | | | | | | |

〔未成年者等の場合のみ〕（代筆者）　　　　　　　　　　　　　　（続柄）

（注意）

１　氏名、連絡先をはじめ、申込に際し記載事項に誤りや不備がないか十分確認すること。

２　用紙の大きさは、Ａ４とすること。なお、「（注意）」以下の内容については、申込時に削除して差し支えないこと。

３　本申込書の他に、難治てんかんの治療中であることが分かる医師の診断書を添付すること。また、「病名」及び「主要症状」については、原則として、当該診断書に記載されている内容を記載すること。なお、期日までに診断書の提出が困難な場合は、申込書の備考欄に、診断書の作成を依頼している医療機関名、主治医、電話番号を記載してください。また、診断書については、入手でき次第、追って速やかに提出くださいますようお願いいたします。

４　記入欄に※が付されているものについては、該当するものを○で囲むこと。「その他」を選択した場合は、（　）内に具体的な内容を記載すること。

５　「申込時に使用いているカンナビノイド製品の品名及び供給者の名称」の「供給者名」は、販売店名ではなく、製品の直接の容器又は直接の被包に記載されている法人名（いわゆるメーカー名）等を記載すること。

６　「申込時におけるカンナビノイド製品の保有量」については、「10 g」等、製品の賞味重量を記載することが望ましいが、例えば、「内容量30gの製品１本と使用中の製品約1/2本分」等であっても差し支えないこと。

７　申込書を代筆した場合には、代筆者は、その旨を申込書の枠外の下部に記載すること。（記載例：本申込書は、（本人との続柄）○○○○が代筆しました。）