

様式第 1 号

患者申出療養への医薬品手配に係る製造販売業者の回答

(要望した医療機関名) 宛

年 月 日

管理番号	「欄外右上に記載の提出日（西暦 8 桁の数字）+ 任意のアルファベット 4 文字」により提出者が決定して記載する 例) 20151225MHLW、20151225phar、20151225AbCd

1. 手配希望を受けた品目に関する情報
製造販売業者名：
承認番号：【該当する場合】
治験成分記号：【該当する場合】
医薬品名（一般名又は販売名）：【決定している場合】
適応疾患名（治験等で開発中のものも含む）：
2. 手配できない理由
各事由への該当性（該当するもの全てにチェックする）
ア 安全性・有効性等の科学的な根拠が不足している又は治験や先進医療等の方法で対応ができること イ 当該医薬品を手配する余裕がないこと ウ 治験の組入れ期間中である等の理由で治験の実施に悪影響を与えるおそれがあること エ 患者の病状に鑑みて、明らかにリスクが高いことから、安全性の観点から当該医薬品の投与が勧められないこと オ その他
理由（事由ごとに詳細な理由を分かりやすく記述する）

連絡先	氏名：	_____
	所属名：	_____
	住所：〒	_____
	連絡先：電話：	_____ E-mail：_____