

担当医師から説明を受けて記入してもらってください。

あなたの治療登録時の体重は\_\_\_\_\_kgです。

● PEGインターフェロン $\alpha$ -2b

週1回、48週間

注射溶液の調整並びに投与方法としては、1バイアル中の注射用凍結乾燥製剤を添付の注射用水0.7 mL(日本薬局方 20mL 注射用水から注射器で0.7mL 吸って使用)に溶解して\_\_\_\_\_mLの投与液量を皮下注射します。

1バイアル中の注射用凍結乾燥製剤を添付の注射用水0.7 mLに溶解したとき、その0.5 mL中に150  $\mu$ gのPEG-IFN $\alpha$ -2bを含有します。

● リバビリン(200mg/カプセル)

毎日、48週間

朝食後 \_\_\_\_\_錠

夕食後 \_\_\_\_\_錠

を内服します。

ただし、臨床検査実施日で朝食を摂らずに来院する必要がある日は、朝分を空腹時に服用します。

《注意》 投与期間中に体重変動があった場合でも、担当医からの指示がない限り、初回投与量を変更しないでください。

年 月 日 説明医師 \_\_\_\_\_ 印

# PEGインターフェロンの自己注射方法(改訂版)

(担当医師から十分説明を受けてください)

## 注意事項

別冊「PEG 自己注射写真解説書」もよく目を通してください。

不明な点は担当医師にご確認ください。

時間の十分余裕があるときに注射してください。

手を十分に洗ってください。

清潔な場所でおこなってください。

準備および注射は患者様本人がおこなってください。

小さい子供が近づかないようにしてください。

体の変調を感じた場合には必ず医療機関にご相談ください。

## 準備するもの

PEGインターフェロン製剤瓶、日本薬局方 20mL 注射用水、皮下注射用針、1mL 注射器、スワバー(アルコール綿)、注射針捨て容器。

## 注射方法

- ① PEGインターフェロン乾燥製剤瓶をあけてゴム栓の上からスワバー(アルコール綿)で消毒してください。その後、ゴム栓部を素手で触らないでください。
- ② 1mL 注射器に皮下注射用針のキャップをつけたまま接続してください。(接続部分は手で触らないでください。)
- ③ 日本薬局方 20mL 注射用水容器を開けてください。
- ④ 注射針のキャップをはずしてください。日本薬局方 20mL 注射用水容器から注射用水 0.7mL を注射器に吸って、PEGインターフェロン乾燥製剤瓶内に移し、水平に回転させて泡立てないようによく混和してください。
- ⑤ 十分溶解したら決められた量(\_\_\_\_ mL)のPEGインターフェロン溶液を注射器に吸ってください。
- ⑥ 注射する部位(腹部)をスワバー(アルコール綿)で消毒してください。
- ⑦ 皮膚をつまんで皮下注射してください。
- ⑧ 針をつけたまま注射器を針捨て容器に捨ててください。容器から捨てた針は絶対に出さないでください。容器がいっぱいになる前に医療機関に持参してください。
- ⑨ 使用した空き瓶は後日医療機関に持参してください。

\* 注射部位の炎症反応が出現することがありますので、注射部位をずらして投与してください。

2002年10月 改訂

## 注射手技・方法の確認および許可証

回	年 月 日	問題点	確認者サイン

医療スタッフに記入してもらってください。

2回以上は医療スタッフに注射手技を確認してもらってください。

注射方法をよく理解し、手技も問題なくおこなうことができましたので  
PEGインターフェロンの自己注射を許可します。

年 月 日

医療機関名、科名、住所、電話番号

許可医師 \_\_\_\_\_ 印





1	週	投与日	リバビリン (200mg/錠)		PEGインターフェロン (150 $\mu$ g/0.5ml) 投与液量	採血	備考(副作用など)	医師 チェック欄
			朝	夜				
1	1	平成 年 月 日 ( )	錠	錠	ml			
2		平成 年 月 日 ( )						
3		平成 年 月 日 ( )						
4		平成 年 月 日 ( )						
5		平成 年 月 日 ( )						
6		平成 年 月 日 ( )						
7		平成 年 月 日 ( )						
8	2	平成 年 月 日 ( )						
9		平成 年 月 日 ( )						
10		平成 年 月 日 ( )						
11		平成 年 月 日 ( )						
12		平成 年 月 日 ( )						
13		平成 年 月 日 ( )						
14		平成 年 月 日 ( )						
15	3	平成 年 月 日 ( )						
16		平成 年 月 日 ( )						
17		平成 年 月 日 ( )						
18		平成 年 月 日 ( )						
19		平成 年 月 日 ( )						
20		平成 年 月 日 ( )						
21		平成 年 月 日 ( )						
22	4	平成 年 月 日 ( )						
23		平成 年 月 日 ( )						
24		平成 年 月 日 ( )						
25		平成 年 月 日 ( )						
26		平成 年 月 日 ( )						
27		平成 年 月 日 ( )						
28		平成 年 月 日 ( )						

医師名:

週	投与日	リバビリン (200mg/錠)		PEGインターフェロン (150 $\mu$ g/0.5ml) 投与液量	採血	備考(副作用など)	医師 チェック欄
		朝	夜				
29	5	平成 年 月 日 ( )	錠	錠	ml		
30		平成 年 月 日 ( )					
31		平成 年 月 日 ( )					
32		平成 年 月 日 ( )					
33		平成 年 月 日 ( )					
34		平成 年 月 日 ( )					
35		平成 年 月 日 ( )					
36	6	平成 年 月 日 ( )					
37		平成 年 月 日 ( )					
38		平成 年 月 日 ( )					
39		平成 年 月 日 ( )					
40		平成 年 月 日 ( )					
41		平成 年 月 日 ( )					
42		平成 年 月 日 ( )					
43	7	平成 年 月 日 ( )					
44		平成 年 月 日 ( )					
45		平成 年 月 日 ( )					
46		平成 年 月 日 ( )					
47		平成 年 月 日 ( )					
48		平成 年 月 日 ( )					
49		平成 年 月 日 ( )					
50	8	平成 年 月 日 ( )					
51		平成 年 月 日 ( )					
52		平成 年 月 日 ( )					
53		平成 年 月 日 ( )					
54		平成 年 月 日 ( )					
55		平成 年 月 日 ( )					
56		平成 年 月 日 ( )					

医師氏:

	週	投与日	リバビリン (200mg/錠) 朝 夜		PEGインターフェロン (150 $\mu$ g/0.5ml) 投与液量	採血	備考(副作用など)	医師 チェック欄
			錠	錠				
57	9	平成 年 月 日( )			ml			
58		平成 年 月 日( )						
59		平成 年 月 日( )						
60		平成 年 月 日( )						
61		平成 年 月 日( )						
62		平成 年 月 日( )						
63		平成 年 月 日( )						
64	10	平成 年 月 日( )						
65		平成 年 月 日( )						
66		平成 年 月 日( )						
67		平成 年 月 日( )						
68		平成 年 月 日( )						
69		平成 年 月 日( )						
70		平成 年 月 日( )						
71	11	平成 年 月 日( )						
72		平成 年 月 日( )						
73		平成 年 月 日( )						
74		平成 年 月 日( )						
75		平成 年 月 日( )						
76		平成 年 月 日( )						
77		平成 年 月 日( )						
78	12	平成 年 月 日( )						
79		平成 年 月 日( )						
80		平成 年 月 日( )						
81		平成 年 月 日( )						
82		平成 年 月 日( )						
83		平成 年 月 日( )						
84		平成 年 月 日( )						

医師氏:



	週	投与日	リバビリン (200mg/錠)		PEGインターフェロン (150 $\mu$ g/0.5ml) 投与液量	採血	備考(副作用など)	医師 チェック欄
			朝	夜				
85	13	平成 年 月 日 ( )	錠	錠	ml			
86		平成 年 月 日 ( )						
87		平成 年 月 日 ( )						
88		平成 年 月 日 ( )						
89		平成 年 月 日 ( )						
90		平成 年 月 日 ( )						
91		平成 年 月 日 ( )						
92	14	平成 年 月 日 ( )						
93		平成 年 月 日 ( )						
94		平成 年 月 日 ( )						
95		平成 年 月 日 ( )						
96		平成 年 月 日 ( )						
97		平成 年 月 日 ( )						
98		平成 年 月 日 ( )						
99	15	平成 年 月 日 ( )						
100		平成 年 月 日 ( )						
101		平成 年 月 日 ( )						
102		平成 年 月 日 ( )						
103		平成 年 月 日 ( )						
104		平成 年 月 日 ( )						
105		平成 年 月 日 ( )						
106	16	平成 年 月 日 ( )						
107		平成 年 月 日 ( )						
108		平成 年 月 日 ( )						
109		平成 年 月 日 ( )						
110		平成 年 月 日 ( )						
111		平成 年 月 日 ( )						
112		平成 年 月 日 ( )						

医師氏:

	週	投与日	リバビリン (200mg/錠)		PEGインターフェロン (150 $\mu$ g/0.5ml) 投与液量	採血	備考(副作用など)	医師 チェック欄
			朝	夜				
113	17	平成 年 月 日 ( )	錠	錠	ml			
114		平成 年 月 日 ( )						
115		平成 年 月 日 ( )						
116		平成 年 月 日 ( )						
117		平成 年 月 日 ( )						
118		平成 年 月 日 ( )						
119		平成 年 月 日 ( )						
120	18	平成 年 月 日 ( )						
121		平成 年 月 日 ( )						
122		平成 年 月 日 ( )						
123		平成 年 月 日 ( )						
124		平成 年 月 日 ( )						
125		平成 年 月 日 ( )						
126		平成 年 月 日 ( )						
127	19	平成 年 月 日 ( )						
128		平成 年 月 日 ( )						
129		平成 年 月 日 ( )						
130		平成 年 月 日 ( )						
131		平成 年 月 日 ( )						
132		平成 年 月 日 ( )						
133		平成 年 月 日 ( )						
134	20	平成 年 月 日 ( )						
135		平成 年 月 日 ( )						
136		平成 年 月 日 ( )						
137		平成 年 月 日 ( )						
138		平成 年 月 日 ( )						
139		平成 年 月 日 ( )						
140		平成 年 月 日 ( )						

医師名:

	週	投 与 日	リバビリン (200mg/錠)		PEGインターフェロン (150 $\mu$ g/0.5ml) 投与液量	採血	備考(副作用など)	医師 チェック欄
			朝	夜				
141	21	平成 年 月 日 ( )	錠	錠	ml			
142		平成 年 月 日 ( )						
143		平成 年 月 日 ( )						
144		平成 年 月 日 ( )						
145		平成 年 月 日 ( )						
146		平成 年 月 日 ( )						
147		平成 年 月 日 ( )						
148	22	平成 年 月 日 ( )						
149		平成 年 月 日 ( )						
150		平成 年 月 日 ( )						
151		平成 年 月 日 ( )						
152		平成 年 月 日 ( )						
153		平成 年 月 日 ( )						
154		平成 年 月 日 ( )						
155	23	平成 年 月 日 ( )						
156		平成 年 月 日 ( )						
157		平成 年 月 日 ( )						
158		平成 年 月 日 ( )						
159		平成 年 月 日 ( )						
160		平成 年 月 日 ( )						
161		平成 年 月 日 ( )						
162	24	平成 年 月 日 ( )						
163		平成 年 月 日 ( )						
164		平成 年 月 日 ( )						
165		平成 年 月 日 ( )						
166		平成 年 月 日 ( )						
167		平成 年 月 日 ( )						
168		平成 年 月 日 ( )						

医師氏:

	週	投与日	リバビリン (200mg/錠)		PEGインターフェロン (150 $\mu$ g/0.5ml) 投与液量	採血	備考(副作用など)	医師 チェック欄
			朝	夜				
169	25	平成 年 月 日( )	錠	錠	ml			
170		平成 年 月 日( )						
171		平成 年 月 日( )						
172		平成 年 月 日( )						
173		平成 年 月 日( )						
174		平成 年 月 日( )						
175		平成 年 月 日( )						
176		26	平成 年 月 日( )					
177	平成 年 月 日( )							
178	平成 年 月 日( )							
179	平成 年 月 日( )							
180	平成 年 月 日( )							
181	平成 年 月 日( )							
182	平成 年 月 日( )							
183	27	平成 年 月 日( )						
184		平成 年 月 日( )						
185		平成 年 月 日( )						
186		平成 年 月 日( )						
187		平成 年 月 日( )						
188		平成 年 月 日( )						
189		平成 年 月 日( )						
190	28	平成 年 月 日( )						
191		平成 年 月 日( )						
192		平成 年 月 日( )						
193		平成 年 月 日( )						
194		平成 年 月 日( )						
195		平成 年 月 日( )						
196		平成 年 月 日( )						

医師氏:

	週	投与日	リバビリン (200mg/錠)		PEGインターフェロン (150 $\mu$ g/0.5ml) 投与液量	採血	備考(副作用など)	医師 チェック欄
			朝	夜				
197	29	平成 年 月 日 ( )	錠	錠	ml			
198		平成 年 月 日 ( )						
199		平成 年 月 日 ( )						
200		平成 年 月 日 ( )						
201		平成 年 月 日 ( )						
202		平成 年 月 日 ( )						
203		平成 年 月 日 ( )						
204	30	平成 年 月 日 ( )						
205		平成 年 月 日 ( )						
206		平成 年 月 日 ( )						
207		平成 年 月 日 ( )						
208		平成 年 月 日 ( )						
209		平成 年 月 日 ( )						
210		平成 年 月 日 ( )						
211	31	平成 年 月 日 ( )						
212		平成 年 月 日 ( )						
213		平成 年 月 日 ( )						
214		平成 年 月 日 ( )						
215		平成 年 月 日 ( )						
216		平成 年 月 日 ( )						
217		平成 年 月 日 ( )						
218	32	平成 年 月 日 ( )						
219		平成 年 月 日 ( )						
220		平成 年 月 日 ( )						
221		平成 年 月 日 ( )						
222		平成 年 月 日 ( )						
223		平成 年 月 日 ( )						
224		平成 年 月 日 ( )						

医師氏:

	週	投 与 日	リバビリン (200mg/錠)		PEGインターフェロン (150 $\mu$ g/0.5ml) 投与液量	採血	備考(副作用など)	医師 チェック欄
			朝	夜				
225	33	平成 年 月 日 ( )	錠	錠	ml			
226		平成 年 月 日 ( )						
227		平成 年 月 日 ( )						
228		平成 年 月 日 ( )						
229		平成 年 月 日 ( )						
230		平成 年 月 日 ( )						
231		平成 年 月 日 ( )						
232	34	平成 年 月 日 ( )						
233		平成 年 月 日 ( )						
234		平成 年 月 日 ( )						
235		平成 年 月 日 ( )						
236		平成 年 月 日 ( )						
237		平成 年 月 日 ( )						
238		平成 年 月 日 ( )						
239	35	平成 年 月 日 ( )						
240		平成 年 月 日 ( )						
241		平成 年 月 日 ( )						
242		平成 年 月 日 ( )						
243		平成 年 月 日 ( )						
244		平成 年 月 日 ( )						
245		平成 年 月 日 ( )						
246	36	平成 年 月 日 ( )						
247		平成 年 月 日 ( )						
248		平成 年 月 日 ( )						
249		平成 年 月 日 ( )						
250		平成 年 月 日 ( )						
251		平成 年 月 日 ( )						
252		平成 年 月 日 ( )						

医師氏:

	週	投 与 日	リバビリン (200mg/錠)		PEGインターフェロン (150 $\mu$ g/0.5ml) 投与液量	採血	備考(副作用など)	医師 チェック欄
			朝	夜				
253	37	平成 年 月 日 ( )	錠	錠	ml			
254		平成 年 月 日 ( )						
255		平成 年 月 日 ( )						
256		平成 年 月 日 ( )						
257		平成 年 月 日 ( )						
258		平成 年 月 日 ( )						
259		平成 年 月 日 ( )						
260	38	平成 年 月 日 ( )						
261		平成 年 月 日 ( )						
262		平成 年 月 日 ( )						
263		平成 年 月 日 ( )						
264		平成 年 月 日 ( )						
265		平成 年 月 日 ( )						
266		平成 年 月 日 ( )						
267	39	平成 年 月 日 ( )						
268		平成 年 月 日 ( )						
269		平成 年 月 日 ( )						
270		平成 年 月 日 ( )						
271		平成 年 月 日 ( )						
272		平成 年 月 日 ( )						
273		平成 年 月 日 ( )						
274	40	平成 年 月 日 ( )						
275		平成 年 月 日 ( )						
276		平成 年 月 日 ( )						
277		平成 年 月 日 ( )						
278		平成 年 月 日 ( )						
279		平成 年 月 日 ( )						
280		平成 年 月 日 ( )						

医師名:

	週	投与日	リバビリン (200mg/錠)		PEGインターフェロン (150 $\mu$ g/0.5ml) 投与液量	採血	備考(副作用など)	医師 チェック欄
			朝	夜				
281	41	平成 年 月 日 ( )	錠	錠	ml			
282		平成 年 月 日 ( )						
283		平成 年 月 日 ( )						
284		平成 年 月 日 ( )						
285		平成 年 月 日 ( )						
286		平成 年 月 日 ( )						
287		平成 年 月 日 ( )						
288	42	平成 年 月 日 ( )						
289		平成 年 月 日 ( )						
290		平成 年 月 日 ( )						
291		平成 年 月 日 ( )						
292		平成 年 月 日 ( )						
293		平成 年 月 日 ( )						
294		平成 年 月 日 ( )						
295	43	平成 年 月 日 ( )						
296		平成 年 月 日 ( )						
297		平成 年 月 日 ( )						
298		平成 年 月 日 ( )						
299		平成 年 月 日 ( )						
300		平成 年 月 日 ( )						
301		平成 年 月 日 ( )						
302	44	平成 年 月 日 ( )						
303		平成 年 月 日 ( )						
304		平成 年 月 日 ( )						
305		平成 年 月 日 ( )						
306		平成 年 月 日 ( )						
307		平成 年 月 日 ( )						
308		平成 年 月 日 ( )						

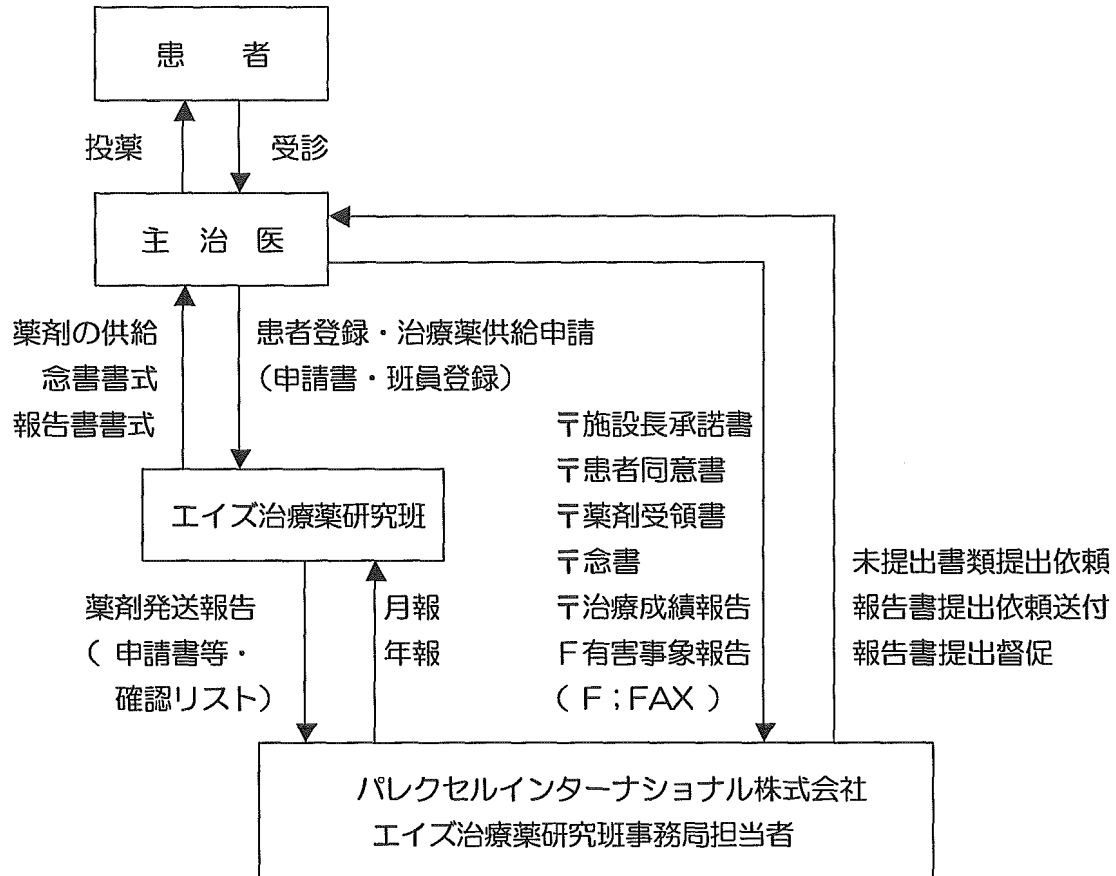
医師氏:



	週	投与日	リバビリン (200mg/錠)		PEGインターフェロン (150 $\mu$ g/0.5ml) 投与液量	採血	備考(副作用など)	医師 チェック欄
			朝	夜				
309	45	平成 年 月 日 ( )	錠	錠	ml			
310		平成 年 月 日 ( )						
311		平成 年 月 日 ( )						
312		平成 年 月 日 ( )						
313		平成 年 月 日 ( )						
314		平成 年 月 日 ( )						
315		平成 年 月 日 ( )						
316	46	平成 年 月 日 ( )						
317		平成 年 月 日 ( )						
318		平成 年 月 日 ( )						
319		平成 年 月 日 ( )						
320		平成 年 月 日 ( )						
321		平成 年 月 日 ( )						
322		平成 年 月 日 ( )						
323	47	平成 年 月 日 ( )						
324		平成 年 月 日 ( )						
325		平成 年 月 日 ( )						
326		平成 年 月 日 ( )						
327		平成 年 月 日 ( )						
328		平成 年 月 日 ( )						
329		平成 年 月 日 ( )						
330	48	平成 年 月 日 ( )						
331		平成 年 月 日 ( )						
332		平成 年 月 日 ( )						
333		平成 年 月 日 ( )						
334		平成 年 月 日 ( )						
335		平成 年 月 日 ( )						
336		平成 年 月 日 ( )						

医師氏:

# 臨床研究（薬剤供給）フローチャート



治療成績報告書の整理保存（薬剤別；複数薬剤のときはコピー作成）  
月報作成、年報作成

## 2002 年度の注意点

事務局機能の充実のために文書の回収、整理、保管をパレクセルインターナショナル株式会社へ委託する。これに伴い、患者登録・治療薬供給申請・班員登録以外の文書の提出先、ならびに文書提出に関する事務連絡先はパレクセル・インターナショナル株式会社のエイズ治療薬研究班事務局担当者となります。

班長連絡先 東京医科大学病院 臨床検査医学科 主任教授 福武 勝幸  
〒160-0023 東京都新宿区西新宿6-7-1  
TEL03-3342-6111 EXT5086 FAX 03-3340-5448

事務局連絡先 パレクセル・インターナショナル株式会社  
エイズ治療薬研究班事務局担当者  
〒101-0054 東京都千代田区神田錦町 3-20 錦町安田ビル  
TEL 03-3518-6022 FAX 03-3518-6014

## 研究班薬剤の入手方法と治療成績の報告について

1. この研究班が取り扱う薬剤の供給を受けることを希望する医師は、必ずFAX サービスまたはインターネットを通じて治療薬ごとに資料と文書の書式を取得し、当該患者がこの研究班からの薬剤供給の対象となることを確認して下さい。
2. 当該患者が研究班供給薬剤の適応疾患に罹患していて、他の薬剤による治療が困難であるか、他に有効な治療薬がないことを確認した上で、必要事項を(1)患者登録確認書、治療薬供給申請書に記載して班長へFAXにて送付してください。初めて患者登録を行う場合は同時に(2)研究班班員登録書を班長へFAXし、(2)研究班班員登録書と(3)施設長承諾書の原本を事務局へ郵送してください。
3. 班長は送付された書類の内容を確認の上、薬剤を担当医師へ宛てて発送します。
4. 薬剤を受領後、直ちに(4)患者同意書と(5)薬剤受領書および「厚生労働省大臣宛ての念書」を書留郵便(プライバシー保護のため)にて事務局へ返送してください。
5. 治療を開始したら(6)臨床研究使用成績調査票(1)と(7)臨床研究使用成績調査票(2)「臨床経過と臨床検査値の推移」について、開始時に記入できる範囲で記入しコピーを事務局へお送りください。
6. 治療が継続される場合は、治療開始から少なくとも約1ヶ月毎に臨床検査などを行い、経過を観察し(7)臨床研究使用成績調査票(2)「臨床経過と臨床検査値の推移」の表に記載し、記載ごとにコピーを事務局までお送りください。治療が終了したら、全ての臨床研究使用成績調査票の記載可能に記載の上事務局へ郵送してください。なお、事務局は定期的集計のために臨床研究使用成績調査票の送付をお願いすることがあります。ご協力をお願いいたします。
7. その他の臨床検査を行った際は(7)臨床研究使用成績調査票(3)「その他の重要な臨床検査成績」に記載し、事務局へ郵送にてご報告下さい。
8. 治療経過中に有害事象が発生した場合には、薬剤に起因する副作用を疑わない事象であっても、直ちに(9)有害事象発生報告書を作成し、FAXにて事務局へ送付してください。

### 担当医師へのお願い

この研究班は、日本で未承認もしくは該当する適応症が未承認であるが、海外では目的とする疾患の治療のために既に承認されている薬剤を、主任研究者(班長)が医師個人輸入として輸入し、当該薬剤を必要とする患者の担当医師の要請に応じて治療研究のために無償で交付し、治療効果、安全性、副作用などを明確にするとともに、将来、国内での薬剤の入手難を緩和することを目的としています。

従って、研究班の円滑な運営と存続のために各種報告書の返送をお願いいたします。また、当該薬剤はわが国の薬事法上の承認を有しておらず、担当医師による患者への十分な説明による同意を得た上で、担当医師の責任のもとに用いるものであることを承知してください。研究班では、研究班の薬剤を用いて賠償責任が生じた場合を想定して、担当医師が研究班薬剤の使用した際に生じた事故をカバーする班員に対する条項を加えた医師賠償責任保険に加入することをお勧めしています。

FAX 03-3340-5448 厚生労働省エイズ治療薬研究班 班長 へ送付してください。

## (1) 患者登録確認書・治療薬供給申請書 (新規・継続)

年 月 日

厚生労働省エイズ治療薬研究班 班長 福武 勝幸 殿

下記の患者の治療において、日本での既承認薬による治療は困難であり、厚生労働省エイズ治療薬研究班の保有する下記の薬剤による治療研究に参加することが医学的に必要であると判断し、ここに当該患者を登録して薬剤の供給を申請します。

なお、私は当該薬剤の適切な使用法や副作用などについて熟知しており、供給された薬剤は研究班の治療研究の目的に沿って、当該患者に対して十分な説明を行い、文書による同意を得た上で、私の責任において使用し、後日、使用成績を報告します。また、研究班の薬剤は医師個人輸入として輸入するもので患者に無償で提供することを承知しており、別紙にて念書を差し入れます。

フリガナ 申請者(主治医)氏名		病院名・〒住所	
診療科名			
職 責			
電話番号	( )	FAX番号	( )
E-Mail			

患者氏名(イニシャル) 姓 [ ]. 名 [ ].	男 ・ 女		
カルテ番号 [ ]	生年月日	年 月 日	
最近のCD4数 年 月 日 [ ] / $\mu$ l	最近のHIV-RNA量 年 月 日 [ ]	[ ] $\times 10$ copies/ml	

研究班の薬剤を必要とする疾患

診断名1		診断日	年 月 日
診断名2		診断日	年 月 日
診断名3		診断日	年 月 日

希望薬剤

薬剤名1		1日投与量	[ ] / 日
薬剤名2		1日投与量	[ ] / 日
薬剤名3		1日投与量	[ ] / 日

希望理由(該当項目に○)

	既承認薬に必要な剤形がない。
	既承認薬による治療に障害が発生し継続出来ない。
	既承認薬による治療の効果が不十分である。
	目的とする適応症をもつ既承認薬がない。
	そのほか(具体的に記載してください。)

班長連絡先; TEL 03-3342-6111 FAX 03-3340-5448