

医薬品の使用、検査・診断薬の使用計画審査依頼書

町立中標津病院
倫理委員会委員長

様

町立中標津病院

研究責任者 診療科

氏名

印

（氏名記載は自署のこと）

（薬価未収載薬品・保険適応外疾患への薬品・未許可検査・診断薬）の（使用・実施）に
関して審査をお願いします。

対象疾患は（疾患病名 の複数例・特定患者 様）を
予定しています。

（含む、医薬品、検査、診断薬の説明文書の提出）

① 使用薬剤等又は施行検査、診断薬等の名称：

② 使用や施行の必要性と院長の承認や倫理委員会での審議が必要な理由：

③ 国内外における使用状況と許可の現状（必要書類、参考文献の添付）：

④ 考えられる副作用とその対処法（必要書類の添付）：

⑤ 当院が負担しなければならない費用の有無と一ヶ月の費用概算：

⑥ その他必要事項（特にこの医薬品または、検査、診断薬を使用したい理由を簡単に記載のこと）