

医薬品学術宣伝活動届

四日市羽津医療センター

薬 剤 部 長 殿

このたび下記医薬品の学術宣伝活動を貴院内で開始しますので届け出致します。

令和 年 月 日

会 社 名		担 当 者 氏 名	
電 話 番 号		E メ ー ル	

A) 承認に関する項目 ※本様式は、新しい承認分類項目（下記6）が生じた場合に提出してください

項 目	内 容
1) 販売名（剤形・規格単位）	
2) 薬価基準収載医薬品（厚労省）コード	
3) 一 般 的 名 称	
4) 規 制 区 分	<input type="checkbox"/> 毒薬 <input type="checkbox"/> 劇薬 <input type="checkbox"/> 麻薬 <input type="checkbox"/> 向精神薬 <input type="checkbox"/> 覚せい剤原料 <input type="checkbox"/> 習慣性医薬品 <input type="checkbox"/> 処方せん医薬品 <input type="checkbox"/> 生物由来製品 <input type="checkbox"/> 特定生物由来製品 <input type="checkbox"/> その他（ ）
5) 審 査 分 類	<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない <input type="checkbox"/> 優先審査品目 <input type="checkbox"/> 希少疾病用医薬品 <input type="checkbox"/> 公知申請
6) 承 認 分 類	<input type="checkbox"/> 新有効成分含有医薬品 <input type="checkbox"/> 新投与経路医薬品 <input type="checkbox"/> 新用量医薬品 <input type="checkbox"/> 新効能医薬品 <input type="checkbox"/> 新剤形医薬品 <input type="checkbox"/> 新医療用配合剤 <input type="checkbox"/> 後発品（バイオ後続品を含む）（後発品の場合下記） 対応する先発品名： 効能・効果の違い： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）
7) 販 売 開 始 年 月 日	年 月 日
8) 効 能 ・ 効 果 （新効能医薬品は新効能項目に下線）	
9) 用 法 ・ 用 量 （新投与経路医薬品・新用量医薬品は該当項目に下線）	
10) 投 与 期 間 の 制 限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（有の場合下記） 制限内容： <input type="checkbox"/> 1回 日分まで（ 年 月 日解除） <input type="checkbox"/> その他（ ）
11) 10) 以外の処方制限項目	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（有の場合下記） 内容：
12) 承 認 条 件	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（有の場合下記） <input type="checkbox"/> 使用成績調査（内容： ） <input type="checkbox"/> 特定使用成績調査（内容： ） <input type="checkbox"/> その他（内容： ） ※上記調査は全例調査か？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

B) 薬価・管理等に関する項目

項 目	内 容
1) 薬 価 (単 位)	
2) 薬価算定時の補正加算	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 有用性加算 (<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II) <input type="checkbox"/> 画期性加算 <input type="checkbox"/> 市場性加算
3) 保管・流通上の規制等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合下記) 内容 :
4) 有効期間又は使用期限	
5) 個別医薬品 (YJ) コード	
6) 包 装 単 位	
7) 当院採用の同効薬 (不明の場合は空欄可)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合下記) 薬剤名 :
8) 製 剤 の 特 徴 等 (自 由 記 載)	