

中國醫藥大學新竹附設醫院西藥藥品進用申請單(醫師填寫)

申請日期： 年 月 日

(建檔用勿填) 收案編號_____ 審查編號_____

藥品學名：	藥品廠牌名： (商品名)	規格、劑型：
申請資格條件：(請務必擇一勾選) ☐已於衛生福利部完成查驗登記臨床試驗並有一家醫策會認定之醫學中心正式進藥者。 ☐文獻明確、藥理作用獨特且本院無其他替代品者，或藥品之劑型、劑量獨特，具有使用方便性及經濟效益者。(請勾選 ☐藥理作用獨特 ☐劑型獨特 ☐劑量獨特)		
本藥主要適應症：		
申請理由：簡述此藥與本院現有類似藥之比較，及此藥在本院需要之特殊理由		
擬刪除之現有品項：_____ (藥名)(務必填寫及勾選) ☐屬同適應症藥品 ☐屬同藥理分類藥品 ☐屬同廠牌(代理商)藥品 ☐藥理治療分類碼(ATC)前五碼相同(同機轉) ☐其他(說明)：_____ ☐非同類品或非同專科用藥，需加會擬刪品項使用單位意見：_____		
無法取代刪除現有品項原因：(務必填寫；需檢附參考資料) ☐療效相當，費用效益高(說明)：_____ ☐特殊療效，無法替代(說明)：_____ ☐其他原因(說明)：_____		

申請單位：_____；申請醫師：_____；醫師代號/手機簡碼：_____

科部主管(或體系主管)意見(含核章)：_____