



中國醫藥大學新竹附設醫院正子放射同位素進用申請單(醫師填寫)

申請日期： 年 月 日

(建檔用勿填) 收案編號_____ 審查編號_____

產品名：	含量及劑型：
申請資格條件：(請務必擇一勾選) ☐ 已有二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。	
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	
是否有用過本藥品之經驗？ ☐ 無 ☐ 有 (請簡述其臨床使用情形)	
關於此新藥之建議：(請務必勾選) ☐ 取代現用之 _____(藥名) ☐ 可與現用之 _____ 比價，擇一使用。 ☐ 特殊療效，現有品項無法替代故應新增。 請簡述無法替代之原因： _____	

申請單位：_____；申請醫師：_____；醫師代號/手機簡碼：_____

核子醫學科主任意見：_____