

**東京医科大学病院**  
**適応外使用薬・未承認薬(院内製剤品)使用拒否通知書**

東京医科大学病院 病院長 殿

私は、下記の内容に関する適応外使用薬・未承認薬(院内製剤品)使用を拒否します。

記載日： \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

実施内容：

\_\_\_\_\_

(患者様氏名) \_\_\_\_\_ (自署・代筆)

(生年月日) \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

(診察券番号) \_\_\_\_\_

※ 必要時記載 代筆者：(氏名) \_\_\_\_\_

(患者さんとの関係： \_\_\_\_\_)

お手数ですが、枠線内に必要事項（下線部分）をご記入のうえ  
下記郵送先にお送り頂くか、病院 薬剤部にご提出ください。

**郵送先・提出窓口**

東京医科大学病院 薬剤部（医薬品の適応外使用・禁忌評価部会および未承認  
新規医薬品の使用に係る評価委員会事務局）

〒160-0023 東京都新宿区西新宿 6-7-1

代表 03-3342-6111

本件の拒否によるあなた自身への日常の診療における不利益は一切ございません。