（　外来　・　往診　）※投与実施届出書

※該当するものを囲う

様式２

　　令和　　　　年　　　月　　　日

愛知県感染症対策局感染症対策課　宛

１　ご希望の中和抗体薬の種類（該当するものを囲う）

ロナプリーブ　・　ゼビュディ　・　ロナプリーブ及びゼビュディ両方

２　投与実施医療機関について

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 郵便番号 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 担当部署 |  | 担当者名 |  |
| 病床数 |  | 床 |

３　連携する医療機関について（複数ある場合は、枠を増設しそれぞれの役割を記載する）

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当部署 |  | 担当者名 |  |

４　24時間以内の患者の病態の悪化の有無を確認できる体制

　　（連絡先、担当者、悪化時の対応フロー等を具体的に記載）

５　投与後に副作用等が生じた場合に、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和３５年法律第１４５号）に基づく報告を行う医師

６　（往診の場合）往診可能な地域（範囲）