****

临时药品采购申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请科室 |  | | | |
| 患者姓名 |  | 病历号 |  | |
| 主要诊断 |  | | | |
| 申请药品名称 |  | 生产厂家 | |  |
| 药品规格 |  | 请购数量 |  | |
| 申请临时采购药品  的主要理由 | 主管医生签名： 年 月 日 | | | |
| 申请科室主任  审批意见 | 签名： 年 月 日 | | | |
| 药学部  审批意见 | 签名： 年 月 日 | | | |
| 主管院长  审批意见 | 签名： 年 月 日 | | | |
| 备 注 |  | | | |

如因临床用药特殊需求，需注明生产厂家另行标注。