デンツプライシロナ株式会社 御中

歯科用麻酔製剤「歯科用シタネストーオクタプレシン」特別出荷依頼書 兼 同意書

販売一時停止中の表題の麻酔製剤に関しまして、類似製品の使用ができない症例のために特別出荷をご希望される際には、下記注意事項をご確認いただき必要事項をご記入のうえ、本依頼書のご提出をお願い申し上げます。ご提出を以て記載事項にご同意いただいたものとして取り扱わせていただきます。

【注意事項】

- アドレナリン禁忌の適応症例については代替品として、歯科局所麻酔製剤 メピバカイン塩酸塩製剤「スキャンドネストカートリッジ 3%」（製造販売元：日本歯科薬品株式会社）のご使用を第一選択としてご検討ください。
- 上記代替品の使用が適切ではないとご判断された症例の場合には、下記の全ての項目をご記入の上、特別出荷をご依頼ください。弊社にて内容を確認させて頂きます。特別出荷をさせて頂く場合には最小単位（カートリッジ 1.8mL×50 本）で出荷させていただきます。
- 出荷の可否の判定には 2 営業日程を要することがございます。
- ご要望にお応えできない場合がございますこと、予めご了承ください。

【記入項目】

■ 記入日：　　年　　月　　日

■ 施設名：

■ 歯科医師氏名：

■ ご住所：

■ 電話番号：

■ 今回必要とされている症例について、代替品ではなくシタネストオクタプレシンが必要な事由をご記入ください

_____

_____

_____

■ 患者情報

年齢：　　性別：　　既往症：

使用予定日：

■ 当該製品販売代理店情報

販売代理店名：　　支店名：

担当者氏名：

お願い

すべての項目のご記入をお願いいたします。
未記入項目がある場合、判断しかねる場合がございます。

ご記入後、弊社カスタマーサービス（FAX 番号： 0120-120-659）にファックスにて送信ください。
出荷可否につきましては、別途弊社よりご連絡申し上げます（納品は代理店様経由となります）。