

2 福保健薬第 4 3 8 8 号
令和 3 年 3 月 1 5 日

一般社団法人東京都病院薬剤師会
会長 林 昌洋 様

東京都福祉保健局健康安全部長
高橋 博則
(公 印 省 略)

国有ワクチン類供給申請マニュアルの改訂について（周知協力依頼）

平素より東京都の薬事行政に御協力いただき、厚くお礼申し上げます。

患者発生の予測が難しく需給調整が極めて難しい医薬品であるが、国民の保健衛生上欠くことができないものについては、国が緊急治療用として備蓄し、都道府県からの申請に基づいて払い出す仕組みがとられております。

都においては、乾燥ガスえそウマ抗毒素及び乾燥ボツリヌスウマ抗毒素（A B E F 型）を備蓄しており、公益財団法人献血供給事業団に保管管理及び搬送を委託し、医療機関からの要請に応じて供給する体制をとっております。

このたび、「国有ワクチン類供給申請マニュアル（都内医療機関向け）」を改訂しましたので、貴会会員への御周知方よろしく願いいたします。

問合せ先

担当：東京都福祉保健局健康安全部

薬務課監視計画担当

電話：03-5320-4519（直通）

第1号様式

特殊医薬品供給申請書

福祉保健局健康危機管理担当局長 殿

年 月 日

住 所

氏 名

別添附属書の条件により、下記のとおり特殊医薬品の供給を受けたいので申請する。

記

品 名	数 量	使用期間	使用目的	備 考
	ml 本			

第2号様式

特殊医薬品供給申請附属書

福祉保健局健康危機管理担当局長 殿

年 月 日

住 所

氏 名

この申請書により特殊医薬品の供給を受けるについては、特殊医薬品供給要領に従って、代金の納入その他事務処理につき一切の支障をきたさないことを約す。

第3号様式

受領書

福祉保健局健康危機管理担当局長 殿

年 月 日

住 所

氏 名

当方の申請により売払いを受けた特殊医薬品は、年 月 日下記の
とおり受領した。

記

品 名	数 量	製造所名	ロット番号	備 考

国有ワクチン類供給申請マニュアル

(都内医療機関向け)

1 緊急治療用として以下の抗毒素を供給申請する場合

- ・ 乾燥ガスエソウマ抗毒素
- ・ 乾燥ボツリヌスウマ抗毒素 (A B E F 型 (混合型))

※ 都で備蓄している抗毒素である。

(保管管理及び搬送は、公益財団法人献血供給事業団(以下、「献血供給事業団」とする。)に委託している。)

※ 平日9時から17時までは、薬務課に供給申請を行う。

※ 夜間・休日は、献血供給事業団に直接電話をして搬送を依頼する。

2 緊急治療用として以下の抗毒素等を供給申請する場合

- ・ 乾燥ボツリヌスウマ抗毒素 (E型)
- ・ 乾燥組織培養不活化狂犬病ワクチン
- ・ 乾燥ジフテリアウマ抗毒素

※ 都で備蓄しているワクチン類ではないため、第一三共バイオテック株式会社に直接電話をして搬送を依頼する。

1 緊急治療用として以下の抗毒素を供給申請する場合

- ・ 乾燥ガスエソウマ抗毒素
- ・ 乾燥ボツリヌスウマ抗毒素 (ABEF型 (混合型))

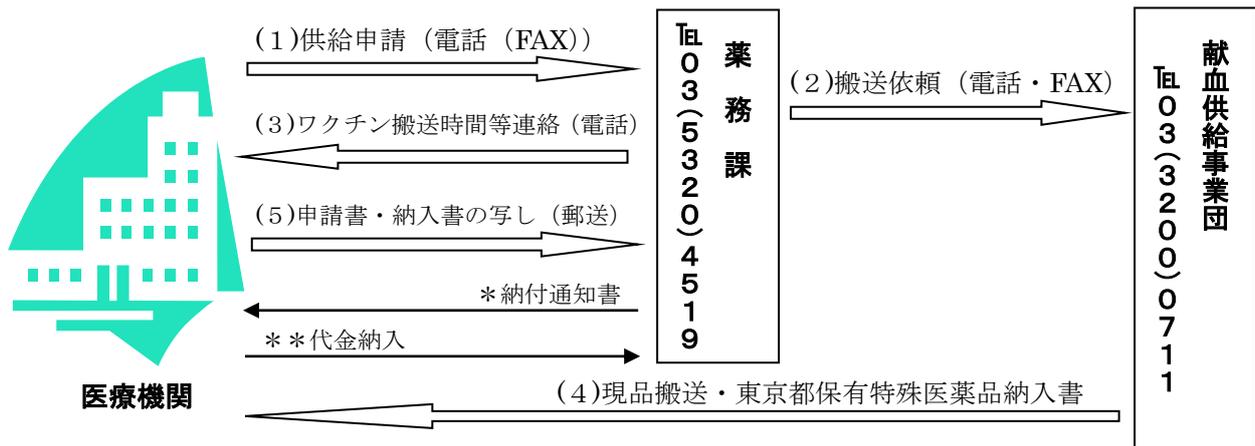
※ 都で備蓄している抗毒素である。

(保管管理及び搬送は、公益財団法人献血供給事業団 (以下、「献血供給事業団」とする。) に委託している。)

※ 平日9時から17時までは、薬務課に供給申請を行う。

※ 夜間・休日は、献血供給事業団に直接電話をして搬送を依頼する。

平日9時から17時までの場合



(1) 医療機関は電話により薬務課に供給申請を行ってください。また、薬務課で供給申請を受けるときに、以下の「メモ」の内容を医療機関に伺います。

メモ	1	申請者名 (医療機関名)	
	2	所属・担当者	
	3	連絡先電話番号	() 内線
	4	ワクチン名	乾燥ガスエソウマ抗毒素・乾燥ボツリヌスウマ抗毒素 (ABEF 型 (混合型))
	5	必要本数	本
	6	使用月日・時間	年 月 日 午前・午後 時 分
	7	希望搬送日時	年 月 日 午前・午後 時 分

供給申請にあたり、以下の点に留意してください。

- (ア) 緊急治療用ですので予備的な請求には応じません。
- (イ) 必要最小量にしてください。
- (ウ) 返品はできません。
- (エ) 製品の納入後、薬務課から代金の納入を求めます。(無償ではありません。)
- (オ) 乾燥ボツリヌスウマ抗毒素は単価 (E 型のみ) ではなく、多価 (ABEF 型) です。
- (カ) 搬送は献血供給事業団が行います。

2020年度薬価
 ・乾燥ガスエソウマ抗毒素 約33万円
 ・乾燥ボツリヌスウマ抗毒素(ABEF型) 約96万円

(2) 薬務課が献血供給事業団に電話等により医療機関への搬送を依頼します。

(3) 薬務課から医療機関にワクチン搬送予定日時等を電話連絡します。

(4) 献血供給事業団が医療機関にワクチンを搬送します。ワクチン受取時に、献血供給事業団が持参する「東京都保有特殊医薬品受領書」に医療機関は記入してください。

また、献血供給事業団が次の申請書類（3種類）を持参するので、医療機関は必要事項を記入し、至急「東京都福祉保健局健康安全部薬務課」宛て郵送してください。（法人にあっては、申請者欄には理事長名を記入すること）

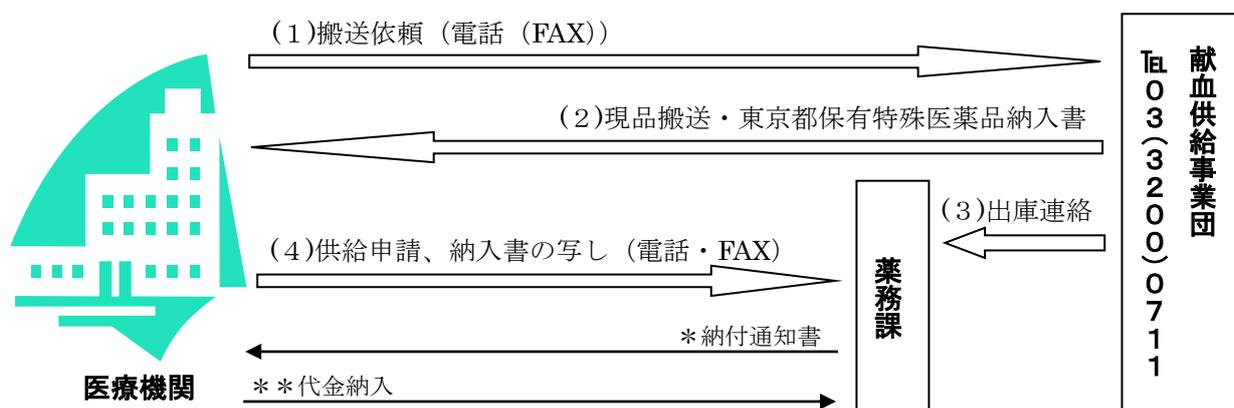
- ① 特殊医薬品供給申請書（第1号様式）
- ② 特殊医薬品供給申請附属書（第2号様式）
- ③ 受領書（第3号様式）

宛先 〒163-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1
東京都福祉保健局健康安全部薬務課

* 医療機関から上記の申請書類が薬務課に届き次第、納入通知書を発送します。

** 医療機関は薬務課に代金を納入してください。

休日・夜間の場合



(1) 医療機関は電話により献血供給事業団に搬送依頼を行ってください。

搬送依頼にあたり、前頁の留意点をよくお読みください。

電話：03-3200-0711 FAX：03-3209-3371

(2) 献血供給事業団が医療機関にワクチンを搬送します。ワクチン受取時に、献血供給事業団が持参する「東京都保有特殊医薬品受領書」に医療機関は記入してください。

(3) 薬務課は献血供給事業団から出庫連絡を受けます。

(4) 医療機関は献血供給事業団がワクチンと共に持参した上記の申請書類（3種類）に必要事項を記入し、至急「東京都福祉保健局健康安全部薬務課」宛て郵送してください。（法人にあっては、申請者欄には理事長名を記入すること）

* 医療機関から上記の申請書類が薬務課に届き次第、納入通知書を発送します。

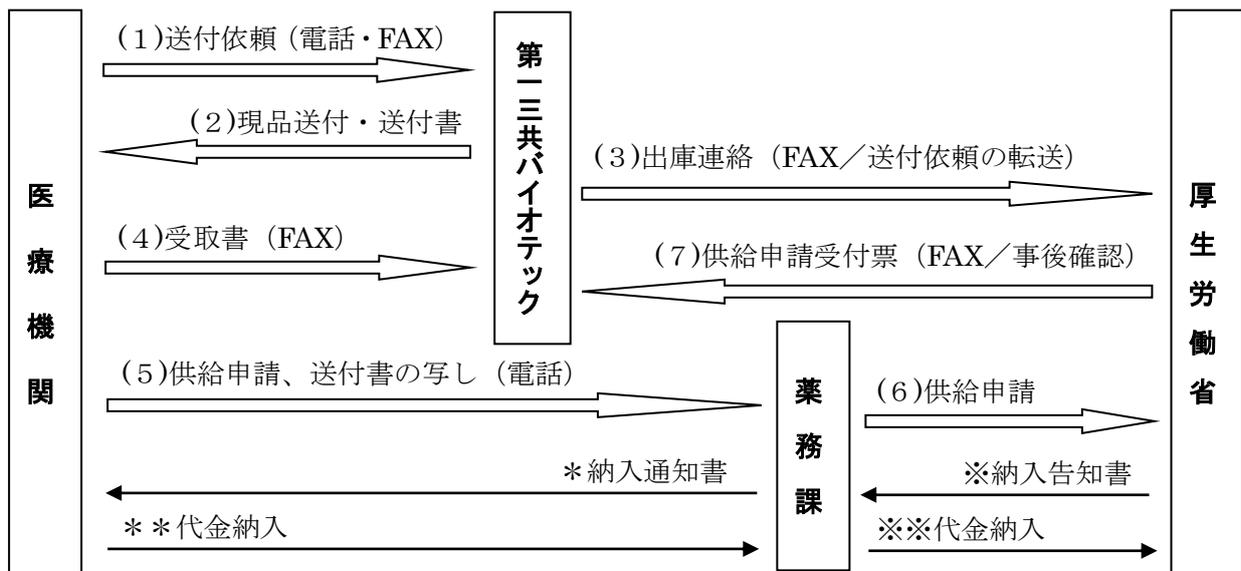
** 医療機関は薬務課に代金を納入してください。

2 緊急治療用として以下の抗毒素等を供給申請する場合

- ・ 乾燥ボツリヌスウマ抗毒素（E型）
- ・ 乾燥組織培養不活化狂犬病ワクチン
- ・ 乾燥ジフテリアウマ抗毒素

※ 都で備蓄しているワクチン類ではないため、第一三共バイオテック株式会社に直接電話をして送付依頼する。

緊急の場合



(1) 医療機関は電話及び FAX により第一三共バイオテック株式会社に送付依頼する。

電話：048-593-3937 FAX：048-593-3968

休日・夜間）電話：048-511-6880

(2) 第一三共バイオテック株式会社が医療機関にワクチン及び送付書を送付します。

(3) 第一三共バイオテック株式会社が国に出庫連絡します。

(4) 医療機関はワクチン受領後、第一三共バイオテック株式会社に受取書を提出してください。

(5) 医療機関は前頁の申請書類（3種類）に必要事項を記入し、送付書の写しと共に至急「東京都福祉保健局健康安全部薬務課」宛て郵送してください。（法人にあっては、申請者欄には理事長名を記入すること）

(6) 薬務課は国に供給申請します。

* 薬務課は医療機関に納入通知書を送付する。

** 医療機関は薬務課にワクチン代金を納入する。