

内視鏡領域用ヒストアクリルお取り扱い代理店 御中

ビー・ブラウンエースクラップ株式会社  
ニューロサージェリー&スパイン事業本部**ヒストアクリルの注文方法変更、及び専用注文書のご案内**

拝啓

時下益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。平素は、弊社製品に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

ヒストアクリルの販売に際しては、製品に求められている適正使用指針、及び流通管理条件の遵守にご協力いただいているところでございますが、それらの運用をよりスムーズで齟齬のないものにするために、専用注文書を設定させていただくことに致しました。

2024年4月1日以降は、E-SHOPからのご注文を含め従来の注文方法を廃止とし、次ページにご案内しております、**専用注文書を用いたFAX注文のみ**とさせていただきます。

薬事承認条件に基づいた適正な製品販売のため、ご理解・ご協力の程、引き続き宜しく願い申し上げます。

敬具

記

**【当ご案内の対象製品】**

品番	製品名	専用注文書
1050014	内視鏡領域用ヒストアクリル 0.5mL、5本入	次ページをご参照ください

販売名：ヒストアクリル 医療機器承認番号：22500BZX00183000

専用注文書は、弊社ホームページの「販売店さま向けの情報スペース」からもダウンロードいただけます：

<https://www.bbraun.jp/ja/dealerinfo/dealerinfospace/HistoacrylOrderSheet.html>

お問合せ：

ビー・ブラウンエースクラップ株式会社  
ニューロサージェリー&スパイン事業本部 ヒストアクリル担当  
ヒストアクリル担当（[histoacryl.jp@bbraun.com](mailto:histoacryl.jp@bbraun.com)）

TEL：0120-401-741

# 内視鏡領域用ヒストアクリル 専用注文書

(血管内塞栓促進用補綴材)

受注センター

FAX: 0120-552-360

ご注文日 年 月 日

注文締切: 14時、出荷は翌稼働日

貴社名					
病院名 施設要件を満たしている施設					
電話番号		FAX番号			
貴社発注番号		ご担当者名			
発送指定		<input type="checkbox"/> 運送会社営業所止め 便 営業所 センターコード:			
到着日指定		月 日		※温度管理品の為、「時間指定不可」、「陸便での発送」となります。(沖縄県のみ航空便で発送)	
直送先名	名称				
	住所				
	TEL / FAX	電話番号		FAX番号	
特記事項					

※下記要件を満たす事が必須となっておりますので、ご確認の上、口にて✓(チェック)して頂きますようお願い致します。

販売・流通管理要件

- ・製造販売元出荷単位で医療機関等に販売する(1本単位の販売は不可)
- ・IVR領域/脳血管領域用途には本品を流通させないこと
- ・22℃以下での在庫、流通管理を行うこと(温度管理品のため返品不可)

施設要件

- ・日本消化器内視鏡学会の指導施設 <https://www.iges.net/medical/specialist/instruct-list>
- ・日本消化器病学会の認定施設または関連施設 [https://www.jsge.or.jp/wp-content/uploads/2023/08/shisetsu\\_202301.pdf](https://www.jsge.or.jp/wp-content/uploads/2023/08/shisetsu_202301.pdf)
- ・上記以外で緊急対応の出来る施設

術者要件

- ・日本消化器内視鏡学会専門医(以下、専門医)である場合
- ・専門医以外でも、食道・胃静脈瘤に対して内視鏡治療の経験を十分に有する医師である場合
- ・専門医以外でも、食道・胃静脈瘤治療に精通した内視鏡医の指導のもとに実施する場合

品番	品名	数量	単位	BBAJ社内処理欄
1050014	内視鏡領域用ヒストアクリル (5本入/1箱)		箱	