

様式 1

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」
後発医薬品の使用状況調査 調査票(案)

※ 以下のラベルに、電話番号、ご回答者のお名前をご記入ください。また、薬局名、所在地をご確認の上、記載内容に不備がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号、お名前は、本調査の照会で使用するためのものであり、それ以外の目的のために使用することはございません。また、適切に保管・管理しますので、ご記入くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

薬局名	
薬局の所在地	
電話番号	()
ご回答者名	()

<ご回答方法>

- ・ あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。「※○は1つだけ」という質問については、あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。
- ・ () 内には具体的な数値、用語等をご記入ください。
- ・ () 内に数値を記入する設問で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。

1. 貴薬局の状況(平成 20 年 12 月末現在または平成 20 年 12 月 1 か月間)についてお伺いします。

①組織形態 ※法人の場合は、法人の形態にも○をつけてください	1. 法人 ……▶ (1.株式会社 2.有限会社 3.合資会社 4.合名会社 5.その他) 2. 個人				
②職員数(常勤換算) ※小数点以下第一まで	薬剤師	() 人	その他(事務職員等)	() 人	
※常勤換算については、以下の方法で算出してください。また、常勤換算後の職員数は、小数点以下第一位までお答えください。 ■1週間に数回勤務の場合：(非常勤職員の1週間の勤務時間) ÷ (貴薬局が定めている常勤職員の1週間の勤務時間) ■1か月に数回勤務の場合：(非常勤職員の1か月の勤務時間) ÷ (貴薬局が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)					
③調剤基本料 ※○は1つだけ	1. 調剤基本料 (40点)		2. 調剤基本料 (18点)		
④基準調剤加算 ※○は1つだけ	1. 基準調剤加算 1 (10点)		2. 基準調剤加算 2 (30点)		
	3. 算定していない				
⑤後発医薬品調剤体制加算 ※○は1つだけ	1. 算定している		2. 算定していない		
⑥後発医薬品調剤率(平成 20 年 1 月から 12 月までの各月について) ※小数点以下第一位まで					
1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月
(.) %	(.) %	(.) %	(.) %	(.) %	(.) %
7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月
(.) %	(.) %	(.) %	(.) %	(.) %	(.) %