

平成 20 年度診療報酬改定結果検証に係る調査
明細書発行の一部義務化の実施状況調査 調査票

- 特に指示がある場合を除いて、平成21年7月1日現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する者・施設等が無い場合は、「0」(ゼロ)をご記入下さい。

■本調査票のご記入日・ご記入者について下表にご記入下さい。

調査票ご記入日	平成 21 年 () 月 () 日
ご記入担当者名	
連絡先電話番号	
連絡先 FAX 番号	

■貴施設の概要についてお伺いします。

問 1 貴施設の**開設者**として該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)

01 法人	02 個人
-------	-------

問 2 貴施設の職員数について、薬剤師数、事務担当の職員数、また医療事務に携わる派遣社員・外部委託の常駐社員を含めて、**人数**をご記入下さい。

	常勤		非常勤 (常勤換算)	
職員数		人		人
(再掲) 薬剤師数		人		人
(再掲) 事務担当の職員数		人		人
医療事務に携わる派遣社員・外部委託の常駐社員数 (常勤換算のみ)				人

注. 非常勤職員の常勤換算の計算方法

貴施設の1週間の通常勤務時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第一位までご記入ください。

例：1週間の通常勤務時間が40時間の病院で、週4日(各日5時間)勤務の事務職員が1人いる場合

$$\text{非常勤事務職員数} = \frac{4 \text{日} \times 5 \text{時間} \times 1 \text{人}}{40 \text{時間}} = 0.5 \text{人}$$

問 3 貴施設の平成 21 年 6 月 1 カ月間における処方せんの受付状況について、ご記入下さい。

(1) 調剤報酬明細書の件数	() 件	(2) 処方せん枚数	() 件
----------------	--------------	------------	--------------

問 4 貴施設の施設基準等の届出状況について、該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)