

様式 1

平成 18 年度診療報酬改定結果検証に係る特別調査（厚生労働省委託事業）  
**平成 19 年度 後発医薬品の使用状況調査 調査票(案)**

※回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。  
 （ ）内に入る数値がない場合には、「0（ゼロ）」をご記入ください。

ID	
----	--

1. 貴薬局の状況（平成 19 年 7 月現在）についてお伺いします。

①貴薬局名	( )		
②所在地（都道府県名）	( ) 都・道・府・県 ※○で囲んでください		
③組織形態 ※法人の場合は、法人の形態に○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		
④職員数（常勤換算）	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整数（小数点以下四捨五入）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）			
⑤調剤基本料※1つだけ選択	1. 調剤基本料（42点）		2. 調剤基本料（19点）
⑥基準調剤加算 ※1つだけ選択	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
⑦貴薬局で受け付けている処方せんの発行医療機関数	( ) 施設		
⑧上記⑦のうち、「後発医薬品への変更可」に処方医の署名等がある処方せんの発行医療機関数	( ) 施設		
⑨主な処方せん発行医療機関 ※1つだけ選択し、当該医療機関の主たる診療科を（ ）に記載	1. 病院（200床以上） ……▶ 主たる診療科名（ ） 2. 病院（200床未満） ……▶ 主たる診療科名（ ） 3. 診療所 ……▶ 主たる診療科名（ ）		
⑩特定の保険医療機関に係る処方せん割合（最も多いもの）	約（ ）%		

2. 貴薬局の取り扱い処方せん枚数についてお伺いします。平成 19 年 7 月における、「(ア) 1 か月全体の取り扱い処方せん枚数」、および「(イ) うち、7 月 23 日（月）～7 月 29 日（日）の取り扱い処方せん枚数」について、それぞれ（ ）内に数値をご記入ください。

	平成 19 年 7 月	
	(ア) 1 か月全体の取り扱い処方せん枚数	(イ) うち、7/23～7/29の取り扱い処方せん枚数
①すべての取り扱い処方せん枚数	( ) 枚	( ) 枚
② ①のうち、「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等がある処方せん枚数	( ) 枚	( ) 枚
③ ②のうち、実際に後発医薬品に変更した処方せん枚数（1品目でも変更した場合を含む）	( ) 枚	( ) 枚
④ ③のうち、後発医薬品情報提供料を算定した処方せん枚数	( ) 枚	( ) 枚
⑤ ②のうち、処方せんに記載されたすべての銘柄について後発医薬品が薬価収載されていないために、後発医薬品に変更することができない処方せん枚数（後発医薬品のみが記載された処方せんを含む）	( ) 枚	( ) 枚
⑥ ②のうち、「後発医薬品についての説明」*を行ったにもかかわらず、患者が希望しなかったために、後発医薬品に変更することができなかった処方せん枚数		( ) 枚
⑦ ①のうち、「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等がなく、後発医薬品を銘柄指定している処方せん枚数		( ) 枚