様式１

保険薬局票

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

※　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１位まで	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１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） 3. 算定していない	2. 基準調剤加算２（30 点）
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１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**
（　　.　）%	（　　.　）%	（　　.　）%	（　　.　）%	（　　.　）%	（　　.　）%