

平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成 21 年度調査)

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、記載内容に間違いおよび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・管理致しますので、ご記入の程、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 21 年 7 月末現在)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)		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 年および平成 21 年 1 月から 7 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
平成 20 年	(    .    ) %	(    .    ) %	(    .    ) %	(    .    ) %	(    .    ) %	(    .    ) %	(    .    ) %
平成 21 年	(    .    ) %	(    .    ) %	(    .    ) %	(    .    ) %	(    .    ) %	(    .    ) %	(    .    ) %