病院票

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、施設名、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・管理致しますので、ご記入の程、よろしくお願い申し上げます。

施設名	
施設の所在地	
電話番号	（　　）
ご回答者名	（　　）

※この「病院票」は、医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における後発医薬品の使用状況やお考えについてお伺いするものです。

※ご回答の際は、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。

※特に断りのない場合は、平成 21 年 7 月末現在の状況についてご記入ください。

１．貴施設の状況（平成 21 年 7 月末現在または平成 21 年 7 月 1 か月間）についてお伺いします。

①開設者	1. 国立　2. 公立　3. 公的　4. 社会保険関係団体 5. 医療法人　6. 個人　7. 学校法人　8. その他の法人			
②病院種別 ※あてはまる番号すべてに○	1. 特定機能病院　2. 地域医療支援病院 3. がん診療連携拠点病院　4. 臨床研修指定病院			
③ＤＰＣ対応 ※あてはまる番号に１つだけ○	1. ＤＰＣ対象病院　2. ＤＰＣ準備病院 3. 対応していない			
④オーダリングシステム ※あてはまる番号に１つだけ○	1. 後発医薬品名が表示されるオーダリングシステムを導入している 2. オーダリングシステムを導入しているが、後発医薬品名は表示されない 3. オーダリングシステムは導入していない			
⑤院内処方と院外処方の割合	院内処方（　　）％＋院外処方（　　）％＝100％　※処方せん枚数ベース			
⑥特定入院料の状況 ※貴施設で算定しているものすべてに○をつけてください。	1. 回復期リハビリテーション病棟入院料 2. 亜急性期入院医療管理料 3. 救命救急入院料 4. 特定集中治療室管理料 5. 小児入院医療管理料 6. その他、投薬・注射に係る薬剤料が包括されている特定入院料（精神科救急入院料等）	⑦許可病床数	1)一般病床　（　　）床 2)療養病床　（　　）床 3)精神病床　（　　）床 4)結核病床　（　　）床 5)感染症病床（　　）床 6)全　　体　（　　）床	
⑧医師数（常勤換算） ※小数点以下第１位まで	（　　．　）人	⑨薬剤師数（常勤換算） ※小数点以下第１位まで	（　　．　）人	