

秘

総務省承認 NO 23377

承認期限平成15年9月30日まで

平成15年6月

医療経済実態調査

(保険薬局調査票)

| | |
|------------|------------------|
| 必ず記入してください | 貴施設名 |
| | 電話番号(FAX番号) |
| | 電話番号： (FAX番号) |
| | 記入者氏名 |
| | 記入者の電子メールアドレス |
| | @ |
| | |

(提出期限 平成15年7月31日)

中央社会保険医療協議会

第 1 基 本 デ ー タ

平成 1 5 年 6 月 3 0 日

| | | | |
|---|---|----------------------------------|----------------|
| 1 現在地での開業年月 | | 2 現有の薬局用建物の建築（改築）年月 | |
| 明・大・昭・平 | 年 | 月 | |
| | | 明・大・昭・平 | 年 |
| | | 月 | |
| 3 貴薬局の開設主体（平成 1 5 年 6 月 3 0 日現在、該当する項目に を記入してください。） | | | |
| 1 . 法人で代表者が | | 1 . 管理薬剤師 2 . 薬剤師 3 . 非薬剤師 | |
| 2 . 個人で開設者が | | 1 . 管理薬剤師 2 . 薬剤師 3 . 非薬剤師 | |
| 4 薬局用建物の保有形態及び延面積（小数点以下は四捨五入して記入してください。） | | | |
| 1 . 自己所有 | 2 . 賃 貸 | 3 . リース | 4 . その他（ ） |
| m ² | m ² | m ² | m ² |
| 5 施設基準等の届出状況（該当する項目に を記入してください。） | | | |
| 1 . 基準調剤加算 1 2 . 基準調剤加算 2 3 . 無菌製剤処理加算 4 . 在宅患者訪問管理指導 | | | |
| 6 代表者又は開設者の勤務状況（該当する項目に を記入してください。） | | | |
| 当該薬局に | 1 . 常 勤 | 2 . 非 常 勤 | 3 . 勤務していない |
| 7 管理薬剤師の年齢・性別 | | 8 青色申告の有無 | |
| 満 歳 | 男・女 | あ り ・ な し | |
| 9 営 業 状 況 | | | |
| 6 月中の休日日数 | 平成 1 5 年 6 月 1 日（日）～ 6 月 7 日（土）の実開局延べ時間 | | |
| 日 | 延 べ | 時間 | 分 |
| 調剤基本料の請求区分（該当する項目に を記入してください。） | | | |
| 1 . () a 2 . () b 3 . () a 注 1 4 . () a 注 2 5 . () b | | | |
| 1 0 保険調剤の状況（平成 1 5 年 6 月 1 か月間） | | | |
| 調剤報酬明細書の件数 | 件 | 処方せん枚数 | 枚 |

| 1 1 従事者の状況 | | |
|---|--------|------------------|
| 雇用従事者数（青色専従者である家族を含む。） | | |
| 区 分 | 常 勤 | 非 常 勤 |
| 薬 剤 師 （個人立の開設者本人を除く） | 従事者数 人 | 6月中の総労働時間 時間 |
| （うち）青色専従者数 | | |
| 事 務 職 員 （個人立の開設者本人を除く） | | |
| （うち）青色専従者数 | | |
| その他の職員 | | |
| （うち）青色専従者数 | | |
| 合 計 | | |
| （うち）青色専従者数 | | |
| 常勤職員 1人当たり 1週間平均の所定労働時間 （個人立の開設者本人を除く） | | 時間 / 1人当たり / 週平均 |
| 無給の家族従事者 | | |
| 区 分 | 従事者数 | 6月中の総労働時間 |
| 薬 剤 師 （個人立の開設者本人を除く） | 人 | 時間 |
| 薬剤師以外の者 （個人立の開設者本人を除く） | | |
| 合 計 | | |

以下の項目は、介護保険事業に係る収入のある薬局のみ記入してください。

| 1 2 居宅サービスの状況（平成15年6月1か月間） | | |
|---|----|----------------|
| 居 宅 サ ー ビ ス 延 べ 利 用 者 数 | 延べ | 人 |
| 1 3 介護保険適用の占有延べ床面積（小数点以下は四捨五入して記入してください。） | | |
| 貴店舗内の居宅サービスに係る占有延べ床面積 | 延べ | m ² |

第 2 - 1 収 支

平成 1 5 年 6 月分

| 科 目 | | 金 額 | | | |
|---------------------|--|-----|---|---|--|
| | | 百万 | 千 | 円 | |
| 収 入 | 1 保険調剤収入（患者負担含む） | | | | |
| | 2 公害等調剤収入 | | | | |
| | 3 その他の薬局事業収入 | | | | |
| | 収 入 合 計 | | | | |
| 介 護 収 入 | 1 居宅サービス収入 | | | | |
| | 2 その他の介護収入 | | | | |
| | 介 護 収 入 合 計 | | | | |
| 費 用 | 1 給 与 費 （うち）青色専従者給与 | | | | |
| | 2 医 薬 品 等 費 （うち）調剤用医薬品費 | | | | |
| | 3 水 道 光 熱 費 | | | | |
| | 4 土 地 賃 借 料 | | | | |
| | 5 建 物 賃 借 料 | | | | |
| | 6 設備器械賃借料 （うち）調剤用機器賃借料 | | | | |
| | 7 委 託 費 （うち）医療事務委託費 | | | | |
| | 8 広 告 宣 伝 費 | | | | |
| | 9 減価償却費（平成 14 年度実績の 1/12） （うち）建物減価償却費 ㉑ （うち）調剤用機器減価償却費 ㉒ （うち）その他の減価償却費 ㉓ | | | | |
| | 10 利 子 割 引 料 ㉔ | | | | |
| | 11 そ の 他 の 経 費 （うち）損害保険料 ㉕ （うち）租税公課 ㉖ （損金に算入されるもの） （うち）寄付金 ㉗ （うち）その他の費用 ㉘ 費用合計 ㉙ | | | | |
| 税 金 等 (年額) | 1 所得税・法人税 ㉚ | | | | |
| | 2 住民税 ㉛ | | | | |
| | 3 事業税 ㉜ | | | | |
| | 4 借入返済金（元本） ㉝ | | | | |

- 1 介護保険事業に係る収入がある場合には、これを「介護収入」の欄に記入し、薬局事業に係る収入から介護収入を差し引いた収入を「収入」の欄に記入してください。
- 2 「費用」は、医療保険分と介護保険分の「費用総額」で記入してください。

「第2-1 収支」の内訳(介護保険事業に係る収入のある薬局のみ記入してください。)

第2-2 収 支

| | |
|---|--------------------------|
| 費用区分1、費用区分2のどちらで記入しますか。 右欄の番号に、 を記入してください。 (「費用区分1」「費用区分2」については別添参照。) | 1 費用区分1で記入 2 費用区分2で記入 |
|---|--------------------------|

「費用区分1(医療と介護の区分方法で、原則として実際に要した費用の区分方法)」用
(「費用区分2」の施設は、この欄への記入は不要です。)

平成15年6月分

| 科 目 | | 医 療 保 険 分 の 費 用 | | | |
|--|-----------------|-----------------|---|---|--|
| | | 百 万 | 千 | 円 | |
| 費 用 | 1 給 与 費 | | | | |
| | (うち)青色専従者給与費 | | | | |
| | 2 医 薬 品 等 費 | | | | |
| | (うち)調剤用医薬品費 | | | | |
| | 3 水 道 光 熱 費 | | | | |
| | 4 土 地 賃 借 料 | | | | |
| | 5 建 物 賃 借 料 | | | | |
| | 6 設 備 器 械 賃 借 料 | | | | |
| | (うち)調剤用機器賃借料 | | | | |
| | 7 委 託 費 | | | | |
| | (うち)医療事務委託費 | | | | |
| 8 広 告 宣 伝 費 | | | | | |
| 9 減 価 償 却 費 (平成14年度実績の1/12) | | | | | |
| (うち)建物減価償却費 | | | | | |
| (うち)調剤用機器減価償却費 | | | | | |
| (うち)その他の減価償却費 | | | | | |
| 10 利 子 割 引 料 | | | | | |
| 11 そ の 他 の 経 費 | | | | | |
| (うち)損害保険料 | | | | | |
| (うち)租税公課 (損金に算入されるもの) | | | | | |
| (うち)寄付金 | | | | | |
| (うち)その他の費用 | | | | | |
| 合 計 | | | | | |

「費用区分2(「費用区分1」により算出が困難な場合の区分方法)」用
(「費用区分1」の施設は、この欄への記入は不要です。)

平成15年6月分

| 科 目 | | 医 療 保 険 分 の 費 用 | | | |
|------------|----------------|-----------------|---|---|--|
| | | 百 万 | 千 | 円 | |
| 費 用 | 1 給 与 費 | | | | |
| | (うち)青色専従者給与費 | | | | |
| | 11 そ の 他 の 経 費 | | | | |
| | (うち)その他の費用 | | | | |

「(うち)その他の費用」には、その他の経費のうち、損害保険料、租税公課及び寄付金以外の経費の合計を記入してください。
「第2-2 収支」は、介護保険事業に係る収入がある場合の医療保険分の費用の内訳となりますので、必ず記入してください。

第 3 資 産 ・ 負 債

〔 青色申告で「資産負債調(貸借対照表)」を
税務署に提出した個人薬局と個人薬局以外
の薬局が記入してください。 〕

個人立は平成14年末、その他は平成14年度末現在

| 科 目 | 金 額 | | | |
|------------|-----|-----|---|---|
| | 十 億 | 百 万 | 千 | 円 |
| 資 産 合 計 | | | | |
| (うち)有形固定資産 | | | | |
| 負 債 合 計 | | | | |
| (うち)借 入 金 | | | | |

第4 設 備 投 資

平成14年7月～平成15年6月

| 科 目 | 金 額 | | | | | |
|--|-----|--|---|--|---|---|
| | | | 百 | | 千 | 円 |
| 土 地 購 入 の た め の 支 出 | | | | | | |
| 建 物 (建 物 付 属 設 備 を 含 む) 購 入 ・ 新 築 ・ 増 改 築 の た め の 支 出 | | | | | | |
| 調 剤 用 器 械 備 品 購 入 の た め の 支 出 | | | | | | |
| そ の 他 の 有 形 固 定 資 産 購 入 の た め の 支 出 | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | |

第5 処方せん・医薬品の状況

平成15年6月分

| 処方せん発行医療機関 | 医療機関種別 | 医療機関数 | 処方せん枚数 | 処方せん受付回 |
|---------------------------|---|-------|-----------------|---------|
| | 病 院 | カ所 | 枚 | 回 |
| 一般診療所 | うち 内科又は小児科を主体とする診療所 | カ所 | 枚 | 回 |
| | 外科を主体とする診療所 | カ所 | 枚 | 回 |
| | 眼科を主体とする診療所 | カ所 | 枚 | 回 |
| | 耳鼻咽喉科を主体とする診療所 | カ所 | 枚 | 回 |
| | その他の科を主体とする診療所 | カ所 | 枚 | 回 |
| | 歯科診療所 | カ所 | 枚 | 回 |
| | 合 計 | カ所 | 枚 | 回 |
| 関 | 上記の医療機関のうち、処方せん枚数の最も多い1医療機関の処方せん枚数及び処方せん受付回数 の最も多い1医療機関の処方せん受付回数 (平成15年6月の1か月間) | | 枚 | 回 |
| 処方せん1枚当たり平均投与日数 | | | 処方せん1枚当たり平均医薬品数 | |
| 平均 日分 | | | 平均 品目 | |
| 調剤用備蓄医薬品品目数 (薬価基準収載品目) | 内 用 薬 | | 外 用 薬 | 注 射 薬 |
| | 品 目 | | 品 目 | 品 目 |
| 調剤用医薬品廃棄額 | 百万 | 千 | 円 | |

第6 薬 剤 関 係 調 査

平成15年6月分

| | 金 額 | | | |
|-----------|-----|---|---|---|
| 薬 剤 損 耗 額 | 百 | 千 | 円 | 円 |
| | | | | |

平成15年6月1日～6月30日までの間に、薬剤の期限切れ・形状変化・品質劣化等により廃棄した薬剤及び損耗した薬剤の損失額（実購入費ベース）を記入してください。

| | | | | |
|------------------|--|--|--|----------------|
| 薬剤の保管管理に関わる床面積 | | | | |
| 保管管理に関わる床面積の合計 | | | | m ² |
| 医療用廃棄物の集積に必要な床面積 | | | | |
| 廃棄物の集積に必要な床面積の合計 | | | | m ² |

- 1 薬剤の保管管理に関わる床面積の合計を記入してください。
- 2 医療用廃棄物の集積に必要な床面積を記入してください。

| 薬剤の保管及び運搬に関わる設備機器に係る減価償却費 | | | | |
|---------------------------|-----|---|---|---|
| 設 備 機 器 名 | 金 額 | | | |
| | 百 | 千 | 円 | 円 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

薬剤の保管及び運搬に関わる設備機器のうち固定資産として扱っているものについては、当該機器の平成14年（度）末における減価償却費の1/12の額を記入してください。

| 薬剤の保管及び運搬に関わる設備機器の賃借料 | | | | |
|-----------------------|-----|---|---|--|
| 設 備 機 器 名 | 金 額 | | | |
| | 百 | 千 | 円 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

薬剤の保管及び運搬に関わる設備機器を賃借している場合には、当該機器の6月分の賃借料を記入してください。

| | 金 額 | | | |
|-----------------|-----|---|---|--|
| | 百 | 千 | 円 | |
| 薬剤の保管及び運搬に係る委託費 | | | | |

- 1 薬剤の保管及び運搬に関する業務のうち委託しているものについて、6月中に委託して業務の対価としての費用を記入してください。
 なお、年間委託の場合は、契約額の1/12の額を記入してください。
- 2 薬剤の保管及び運搬以外の診療材料等を合わせて委託契約している場合は、6月中の委託契約における取扱い物品（薬剤等含む）の総購入額に占める薬剤購入費の割合により算出してください。