

平成28年度「薬剤業務一般に関するアンケート」の報告書

※それぞれの項目の番号等を選択して○をつけてください。

施設名			
全病床数		経営母体	
0床・1~19床・20~99床 100~199床・200~499床・500床以上		個人・法人・地方・企業・国立	
DPC算定病院	である・でない	院外処方せん発行率	. % (小数点第1位まで)
薬剤師数	名	アンケートの回答方法	e-mail・FAX・その他()

問1	A	B	(B1の場合のみ回答) C	D
	1・2・3・4	1・2	1・2・3	1・2
(D1の場合のみ回答) E		F	F1の場合は下記に記入	
1・2		1・2		

問2	A	B	(A1の場合のみ回答)			E	F
			C	D1	D2		
	1・2・3	1・2	病棟	名	名	1・2	1・2・3・4
G		H	I		J	K	
1・2・3・4		1・2・3	1・2・3		1・2	1・2	

問3	A	B	C
	1・2・3	1・2	1・2・3
B1の場合は下記に記入			

問4	A1	A2	A3	A4	A5
	()名				
A6	A7	A8	A9	A10	A11
()名					
A12	A13	A14	A15	A16	A17
()名					
A18	A19	A20	A21	A22	A23
()名					

A 2 4	A 2 5	A 2 6	A 2 7	A 2 8	A 2 9
() 名	() 名	() 名	() 名	() 名	() 名
A 3 0	A 3 1	A 3 2	A 3 3	A 3 4	A 3 5
() 名	() 名	() 名	() 名	() 名	() 名
A 3 6	A 3 7	A 3 8	A 3 9		
() 名	() 名	() 名	() 名		

問 5	A 1	A 2	A 3	A 4	A 5
	○・×	○・×	○・×	○・×	○・×
A 6	A 7	A 8	A 9	A 10	A 11
○・×	○・×	○・×	○・×	○・×	○・×
A 1 2	A 1 3	A 1 3の場合は下記に記入			
○・×	○・×				
B	C	D	E	F	G
1・2・3	1・2・3・4	1・2	1・2	1・2	1・2・3

問 6	A	B
	1・2	1・2

問 7	A	B	B 4の場合は下記に記入
	1・2・3	1・2・3・4	
C	D	(D 1の場合のみ回答) D	(D 2の場合のみ回答) E
1・2・3	1・2・3	() 回	1・2
(D 1又はD 2・E 1の場合のみ回答)			
F		F 4の場合は下記に記入	
1・2・3・4			
G	(G 1の場合のみ回答) H	I	
1・2	1・2・3	1・2・3	

平成28年10月31日までにご回答ください。

ご協力ありがとうございます。アンケート報告書は必ず2枚まとめてFAXしてください。

送信先 0586-24-8903

以上