

平成29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・5	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・3	1・2			

問2	A	B	(A1の場合のみ回答)			E
	1・2・3	1・2	C	D1	D2	
F		G	H	I	J	K
1・2・3・4		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	()名	()名	()名	()名
A6	A7	A8	A9	A10	A11
()名	()名	()名	()名	()名	()名
A12	A13	A14	A15	A16	A17
()名	()名	()名	()名	()名	()名
A18	A19	A20	A21	A22	A23
()名	()名	()名	()名	()名	()名
A24	A25	A26	A27	A28	A29
()名	()名	()名	()名	()名	()名
A30	A31	A32	A33	A34	A35
()名	()名	()名	()名	()名	()名

A 3 6	A 3 7	A 3 8	A 3 9	A 3 9の資格名
() 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 12	A 13	A 13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 2の場合のみ回答)
		D	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)	I	
	H		
1・2	1・2・3	1・2・3	

平成29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 052-704-7353

以上