問い合わせ簡素化プロトコル合意締結

保険調剤薬局状況調査

　この調査は、問い合わせ簡素化プロトコル合意を締結する保険調剤薬局の情報を以下の目的のために収集し、当院薬剤部において管理するものです。下記、記載後、合意書といっしょに当院にご郵送ください。

　本件にかかる当院情報の配信

保険薬局からの本件に関する問い合わせ

本合意書の変更等に関する対応

その他、薬－薬連携のための活動（勉強会、合同カンファレンスなど）

**調査項目**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 保険薬局名（支店・店舗名） | ふりがな | | | | |
| ２ | 所在地／電話番号／FAX番号 | 〒 | | | | |
| 電話番号：　　　　　　　FAX番号： | | | | |
| ３ | 連絡用のメールアドレス |  | | | | |
| ４ | 管理薬剤師名 |  | | | | |
| ５ | 薬剤師数（当該店舗のみ） | 名 | | | | |
|  | ※チェーン店の場合　（該当しない場合は記載不要） | | | | | |
|  | ※本社（本部）名称 |  | | | | |
|  | ※所在地（県・市まで） |  | | | | |
|  | ※チェーン店の代表者名（開設者） |  | | | | |
|  | ※総店舗数（出店数）現在 |  | | | | |
| ６ | 医薬品採用実績 | 錠剤：　　　　種 | 外用剤：　　　種 | | | 注射剤：　　　種 |
| ７ | 調剤対応 | 麻薬調剤：あり・なし | | | 注射無菌調製：  　実施　・　未実施 | |
| ８ | 夜間・時間外救急対応 | 救急対応：　実施　・　未実施 | | | | |
| 実施体制：輪番制　・　その他 | | | | |
| ９ | 処方箋平均枚数（1日、1ヵ月） | 1日平均： | | 1ヵ月平均： | | |
| 10 | 当院の処方箋平均（1日、1ヵ月） | 1日平均： | | 1ヵ月平均： | | |