**「医薬品の適正使用等の推進事業」評価に関するアンケート**

ＦＡＸ送付先

　薬務衛生課 医薬品適正使用推進担当あて（ＦＡＸ番号；088-823-9264）

医薬品の適正使用等の推進事業の実態調査として、アンケートへのご協力をお願い致します。

※報告期限；（原則）対象月の翌月７日までにご報告下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 薬局名称 |  |
| 薬局所在地 |  |
| 担当者名 |  |
| 連絡先 |  |

**【貴薬局情報】**

**【事業についてお聞きします】**

1. **今月、通知書を持参し貴薬局に来局された方、また、通知は受け取ったが持参はせず来局さ　れた方の人数を教えて下さい。**
（代理の方が持参された場合も人数に数えて下さい。）

|  |
| --- |
| **（ 　）年（ 　）月分** |
| 通知書名 | 重複、多剤通知書 | ジェネリック差額通知書 | 合計 |
| 人　数 | 人 | 人 | 人 |

1. **設問１のうち、通知書がきっかけで医療費削減に繫がった人数を教えて下さい。**
（重複、多剤服用のどちらかだけでも医療費削減に繫がった人数として計上して下さい）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 通知書名 | 重複、多剤通知書 | ジェネリック差額通知書 | 合計 |
| 変更が行われた人数 | 人 | 人 | 人 |

ご協力ありがとうございました。

【問い合せ先】

　高知県健康政策部 薬務衛生課

 医薬品適正使用推進担当

　TEL；088-823-9682

　FAX；088-823-9264