

●**医薬品に係る安全管理体制確保状況自主点検票**● 有床・無床・歯科・助産所

診療所側で事前に自己点検して、管轄保健所に提出してください。
 適合なら「○」、不適合なら「×」、貴院では該当がない項目は斜線を記入してください。
 ☆印のある項目は、医療法で義務づけられた事項です。

診療所名： _____

診療所側点検者 _____ 点検日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

立入検査担当者 _____ 立入検査日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

| 点 検 項 目 | | 自己点検 | 立入検査 | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---------|-------|------|---------|-------|---|----------|-------|---|-----------|-------|---|--|--|
| I 医薬品安全管理責任者 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 ☆ | 常勤職員の医薬品安全管理責任者を配置しているか。 ○氏 名 _____ | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 ☆ | 所定の資格を有しているか。 <input type="checkbox"/> 医 師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 助産師（助産所に限る） <input type="checkbox"/> 歯科衛生士（歯科診療所に限る） | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 ☆ | 医薬品安全管理責任者は、診療所管理者の指示の下に、次に掲げる業務を行っているか。 ① 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成 ② 従業者に対する医薬品の安全使用のための研修の実施 ③ 医薬品の業務手順書に基づく業務の実施 ④ 医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医薬品の安全確保を目的とした改善のための方策の実施 | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 ☆ | 医薬品安全管理責任者は、安全管理委員会との連携の下、実施体制を確保しているか（有床診療所のみ）。 | | | | | | | | | | | | | | |
| II 医薬品安全使用のための職員研修 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 ☆ | 医薬品の安全使用のための研修を、必要に応じて実施しているか。 ○過去1年間の主な開催状況（別紙添付でも可） <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">研 修 項 目</th> <th style="width: 20%;">開催年月日</th> <th style="width: 40%;">出席者数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>i _____</td> <td>年 月 日</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>ii _____</td> <td>年 月 日</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>iii _____</td> <td>年 月 日</td> <td>人</td> </tr> </tbody> </table> （研修の内容の例） ① 医薬品の有効性・安全性に関する情報、使用方法に関する事項 ② 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書に関する事項 ③ 医薬品による副作用等が発生した場合の対応（施設内での報告、行政機関への報告等）に関する事項 | 研 修 項 目 | 開催年月日 | 出席者数 | i _____ | 年 月 日 | 人 | ii _____ | 年 月 日 | 人 | iii _____ | 年 月 日 | 人 | | |
| 研 修 項 目 | 開催年月日 | 出席者数 | | | | | | | | | | | | | |
| i _____ | 年 月 日 | 人 | | | | | | | | | | | | | |
| ii _____ | 年 月 日 | 人 | | | | | | | | | | | | | |
| iii _____ | 年 月 日 | 人 | | | | | | | | | | | | | |

