

令和元年 7 月

開設者様
管理者様

平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)
「後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査(医師票)」
配布に際してのお願い

医師票 (クリーム色の調査票) は、外来診療を担当する医師の方に、後発医薬品の使用状況や
お考えをお伺いするための調査票です。

ご多用の折、大変恐縮でございますが、下記の要領にて、「医師票」(クリーム色)と「返信用
封筒」(共通)を1部ずつお配りいただきますようお願い申し上げます。

記

＜配布対象者＞

貴院の外来診療を担当する医師 2 名 (「医師票」、「返信用封筒」 各 1 部ずつ)

※院外処方箋を発行している医療機関の方は、院外処方箋の発行が多い医師 2 名を、院外処方
箋を発行していない医療機関の方は、外来患者数が多い医師 2 名をお選びください。

※配布に際しては、診療科の異なる任意の 2 名の医師をお選びください。診療科が一つの場合
は、同じ診療科の中から医師 2 名をお選びください。

＜回答方法＞

ご回答者(医師)が、紙の調査票に記入し、同封の返信用封筒(切手不要)にご回答者(医
師)本人が封印の上、お近くのポストに投函してください。なお、返信用封筒は病院調査と同じ
色の封筒です。

医師に配布いただく「医師票」については、電子調査票の配布はありません。

＜封入物一覧＞

| | | |
|----------------------------|-------|-------|
| ① 病院調査ご協力のお願い(依頼状) ... 1 通 | } | 病院調査分 |
| ② 配布のお願い(本状) 1 通 | | |
| ③ 病院票調査要綱(白色) 1 通 | | |
| ④ 病院票(藤色) 1 通 | { 1 通 | 医師調査分 |
| ⑤ 返信用封筒 3 通 | | |
| ⑥ 医師票(クリーム色) 2 通 | | |

配布方法についてご不明な点は、下記までお問い合わせいただきますようお願い申し上げます。

☆☆☆お問い合わせ先☆☆☆

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町 2-3 みずほ情報総研株式会社

お問い合わせ先

【TEL】0120-685-608(受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く)

【E-mail】generic2019@mizuho-ir.co.jp