

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(ジェネリック医薬品)の使用に関する意識調査(患者票)」
配布に際してのお願い

同封いたしました「患者票」(オレンジ色の調査票)は、院外処方箋を貴薬局にお持ちになった患者に、後発医薬品の使用状況やお考えについて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、①「後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用に関する意識調査へのご協力をお願い」(クリーム色)、②「患者票」(オレンジ色)、③「返信用封筒」(保険薬局調査と同じです)を1部ずつ患者にお配りいただきますよう、ご協力のほどお願い申し上げます。

記

<配布対象者>

貴薬局に院外処方箋を持ちになった患者 2 名
(「ご協力をお願い」、「患者票」、「返信用封筒」 各 1 部ずつ)

<配布方法>

- ・ 令和元年 7 月 30 日(火)～8 月 5 日(月) の特定の 1 日を調査日とし、当該日において患者の来局順に、調査協力についてご本人の同意が得られた方にお渡してください。
- ・ 調査票をお渡しいただく対象者につきましては、午前・午後にそれぞれ最初に来局された方としてください。午前と午後のいずれかに来局者がなかった場合は、翌日も調査日として、同様に患者にお渡してください。
(例: 1 日目の午前に来局者がなく、午後は来局者があった ⇒ 1 日目は午後のみ調査票を渡し、2 日目の午前中の最初に来局者に調査票を渡す。)
- ・ 上記調査期間中に営業をしていない場合は、調査期間に最も近い平日を調査日に設定してください。
- ・ 正確な実態把握のため、患者からの質問等がございましたら、その場ではお答えにならず、「ご協力をお願い」に記載してあります調査事務局まで直接ご連絡いただきますようご指示願います。

＜回答方法＞

- ・ ご回答者（患者）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（患者）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、返信用封筒は保険薬局調査と同じ色の封筒です。
- ・ 患者に配布いただく「患者票」については、電子調査票の配布はありません。

＜同封させていただいた資料＞

① 薬局調査ご協力のお願（依頼状）	1通	}	保険薬局調査分
② 「患者票」配布のお願（本状）	1通		
③ 保険薬局票 調査要綱（白色）	1通		
④ 保険薬局票 様式1（水色）	1通		
⑤ 保険薬局票 様式2（さくら色）	1通		
⑥ 返信用封筒	3通	{ 1通 2通	患者調査分
⑦ 患者調査ご協力のお願（クリーム色） ..	2通		
⑧ 患者票（オレンジ色）	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