

麻 薬 取 扱 者 年 報 届

徳 島 県 知 事 殿

業務所の所在地 徳島市万代町〇丁目〇番地

業務所の名 称 医療法人〇×会 △□病院

氏 名 〇 〇 〇 〇

令和〇年□月△日

提出日を記入してください。

麻薬管理者免許番号(麻薬管理者がいない麻薬診療施設にあっては、麻薬施用者の免許番号)

麻薬管理者(麻薬管理者がいない施設にあっては、麻薬施用者)の氏名

【麻薬免許の種類】 麻薬施用者 麻薬管理者 麻薬研究者 麻薬小売業者

※麻薬免許の種類は該当のものを○で囲むこと

【麻薬免許証の番号】 第 ●□△〇× 号

品 名	期 始 在 庫 (前年10月1日現在)	受 入 数 量	払 出 数 量	期 末 在 庫 (本年9月30日現在)	備 考
ケタラル筋注用 500mg	1 2 5 mL	7 0 mL	6 0 mL	1 3 5 mL	
MSコンチン錠 10mg		2 0 0 錠 注1 (1 4 錠)	1 4 0 錠	6 0 錠 注1 (1 4 錠)	
オキノーム散 5mg	7 5 包	注2 (1 5 包)		7 5 包	
モルヒネ塩酸塩注射液 10mg	5 0 A	1 5 A	3 5 A 注3	3 0 A	・RO.□.△ 麻薬廃棄届により廃棄(10A) ・RO.□.△ 麻薬事故届提出(1A) 注3
デュロテップMTパッチ 2.1mg	1 2 枚	1 0 枚 注4 (2 枚)	8 枚 注4 (2 枚)	1 4 枚	再使用(2枚) 注4
コデインリン酸塩	5 g	2 5 g	2 0 g	1 0 g	10%散予製のため払出(10g×2)
コデインリン酸塩散 10%	8 5 g	2 0 0 g	1 9 0 g	9 5 g	原末から予製(100g×2)

- 注) 1 受入欄 : 麻薬卸売業者から200錠購入し、患者(又はその家族)から14錠譲り受けた(返納)例
期末在庫欄 : 患者(又はその家族)からの譲り受け(返納)分(14錠)は未使用の例
注) 2 患者(又はその家族)から15包譲り受けた(返納)後廃棄し、調剤済麻薬廃棄届を提出した例
注) 3 24Aは患者に施用(又は交付)し、10Aは麻薬廃棄届により廃棄、1Aは破損等による麻薬事故届を提出した例
注) 4 受入欄 : 麻薬卸売業者から10枚購入し、患者(又はその家族)から2枚譲り受けた(返納)ものを再使用した例
払出欄 : 院内処方患者(又はその家族)からの譲り受け(返納)分(2枚)を再使用し、その他に8枚を施用(又は交付)した例

※期間中に麻薬を所有していなかった場合は、枠内に「在庫受払いなし」と記載してください。
同一品目で麻薬廃棄や麻薬事故等があった場合は、備考欄に分けて記載してください。

連絡先 : 0 9 8 - 1 2 3 - 4 5 6 7
担当者 : 〇〇〇〇