

# 実習施設の概要（病院）の記入例

## 実習施設の概要(病院)

返信日を記入

記入日 H 〇〇年 〇月 〇日

施設コード	13-H999		都県名：東京都					
施設名	〇〇病院							
旧施設	日本薬剤師研修センターに登録されている(認定実務実習指導薬剤師)の人数。 注1)常勤の数をお書き下さい。非常勤の記載は必要ありません。 注2)認定指導薬剤師数は指導薬剤師リストに記載頂いた人数となります。 リストへお名前を必ずご記入下さい。							
所在地	〒〇〇〇	都県名	所在地-1 (番地まで)		過去1年間の処方せん受取実績を元に、1ヶ月の平均を記入する。			
TEL	03-3797-3035	病床数	100 床	病棟数	〇 棟	院外処方箋発行率	100 %	
薬剤部・科長名	薬剤 (部・科・ )		日本薬剤師研修センター登録番号(認定実務実習指導薬剤師証)を記入。年度内に受講予定の場合はその旨を記入する。		常勤 5 名	認定指導薬剤師数	・常勤 3 名	
認定指導薬剤師責任者名	渋谷 波地功		(認定No.		12345678 )			
代表的疾患の実習[可否]	がん	高血圧	糖尿病	心疾患	脳血管障害	精神神経疾患	免疫・アレルギー疾患	感染症
	○	○	○	○	×	×	○	○
参加・体験できない実習内容	周産期、外来検査、抗がん剤調製					代表的疾患に用いられる薬剤を使用する患者の薬学的管理(情報収集・提供、処方解析、効果・副作用のモニタリング等)の参加・体験実習 回答:可「○」・不可「×」		
実施業務内容[有無]	1.地域連携(地域の他の薬局,医療機関等)		2.薬剤管理指導業務実施		3.病棟薬剤業務実施		4.備考	
	○		○		×			
障害のある学生の受入[可否]	車イス		聴覚障害者		その他：			
	○		○					

実習生が車イスを使用できる施設は「○」  
聴覚障害のある実習生に対応できる施設は「○」

☆☆☆☆