

実習施設の概要（病院）記入例

返信日を記入

記入日： 年 月 日

施設コード	13-H000				都県名：		13東京都	
施設名	000000病院							
	旧施設名等：					病院長名：		
所在地	〒 0000-0000				車通勤[可否] [○・×]			
	渋谷区渋谷00-0000							
TEL					棟		院外処方箋 発行率 (月平均)	
Eメールアドレス ※必ずご記入ください	000000@000000				薬学教育協議会に登録されている認定実務実習指導薬剤師の人数。 注1) 常勤の数をお書きください。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下記の指導薬剤師リストに記載頂いた人数になります。			
薬剤部・科長名	薬剤（部・科）・		薬剤師数		・常 勤	名	認定指導 薬剤師数	・常 勤 名
実習担当者名					・非常勤	名		

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	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「○」					全薬剤師の実務実習 への積極的な参加の [有無]		
	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「○」				[可否] [○・×]	車イス	聴覚障害者	
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		3. 病棟薬剤業務		4.備考	
	5.備考：							

認定指導薬剤師リスト▼			注) 『常勤』のみ,10名以上の場合は別紙(認定指導薬剤師リスト)にご記入ください。		
	登録 No.	氏 名	実務経験年数	認定期限※必ずご記入ください。	備 考
1 (責任者)			年		
2			年		
3					
4			年		
5			年		
6			年		
7			年		
8			年		
9			年		
10			年		

実習期	I 期 [病院実習なし]	II 期	III 期	IV 期
受入れ人数	0			