

（麻酔管理料（Ⅰ）「注5」周術期薬剤管理加算
麻酔管理料（Ⅱ）「注2」周術期薬剤管理加算）の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 周術期薬剤管理の実施体制

| |
|----------|
| 専任薬剤師の氏名 |
| |
| |
| |

2 周術期薬剤管理に関するプロトコルの作成状況

（□には、適合する場合「✓」を記入すること。）

| 作成 | 見直し頻度 |
|-----------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> 作成 | 年 回 |

3 病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と周術期薬剤管理業務を行う薬剤師の情報共有の方法

| |
|--|
| |
|--|

4 薬剤の安全使用に関する手順書の作成状況

（□には、適合する場合「✓」を記入すること。）

| 作成 | 見直し頻度 |
|-----------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> 作成 | 年 回 |

〔記載上の注意〕

- 「2」については、周術期薬剤管理に関するプロトコルを添付すること。
- 「3」については、共有する情報の内容及び情報共有の頻度についても記載すること。
- 「4」については、薬剤の安全使用に関する手順書を添付すること。