

無菌製剤処理料の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | | | | | |
|--|---|-----------|--|---|--------|--|---|
| 薬剤師 | | 常 勤（２名以上） | | 名 | 非常勤 | | 名 |
| 無菌製剤処理を行うための専用の部屋の面積 （５平方メートル以上） | | | | | 平方メートル | | |
| 無 菌 処 理 施 設 | 1 無菌室 2 クリーンベンチ 3 安全キャビネット （番号に○をつけること。） | | | | | | |
| | 形 式 ・ 規 格 | | | | | | |
| | 空気清浄度、集塵効率等 | | | | | | |
| | 台 数 等 | | | | | | |
| 無 菌 製 剤 処 理 用 器 具 ・ 備 品 等 の 一 覧 | | | | | | | |

〔記載上の注意〕

- 1 当該保険医療機関に勤務する薬剤師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。なお、その場合には、病棟薬剤業務（当該薬剤師が病棟専任の場合は、当該病棟名を含む。）、調剤、医薬品情報管理、薬剤管理指導又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれかに従事しているか（兼務の場合はその旨）並びに無菌製剤処理業務に従事している場合はその旨を備考欄に記載すること。
- 2 調剤所及び当該届出に係る専用の施設の平面図（クリーンベンチ等が設置されている場合はその位置を明示すること。）を添付すること。