

医療用備蓄薬保管伝票（小分け伝票）の記載方法について

日頃より当会の活動にご協力いただきましてありがとうございます。この度、医療用備蓄薬保管伝票（小分け伝票）を改訂いたしました。

今回の改訂では、医薬品医療機器等法や麻薬及び向精神薬取締法等の法律および施行規則の他、厚生労働省通知、日本薬剤師会作成の薬局間における医療用医薬品の譲受・譲渡に関するガイドライン等に沿った内容としております。

【Point】

- 医薬品医療機器等法施行規則第十四条「医薬品の購入等に関する記録」に対応しています
- 医薬品医療機器等法第五十条「直接の容器等の記載事項」及び施行規則二百十六条「調剤専用医薬品に関する表示の特例」、麻向法第五十条の十九等の分割販売における記載の義務（販売者の義務）に対応しています

【注意点】

この伝票は、各種法や施行規則を遵守するための一つ的手段ですので、別の方法で遵守できているのであれば、記載例に則る必要はありません。

- 譲渡薬局（売る側）の手間を省くため、次頁以降の記載例に基づき、譲受薬局（買う側）が規制区分等を記載してください。
- 譲渡薬局（売る側）で分割販売における記載の義務に関する証を発行する場合はこの伝票の記載事項を省略してかまいません。

★詳細な記載方法については薬局間の合議でご記載ください

物品受領書 (控)

年 月 日 No. _____

譲渡薬局名

譲受薬局名

①

②

様

開設者氏名及び名称
所在地・電話番号

③

下記のとおり受領致しました

メーカー	薬品名・規格 <input checked="" type="checkbox"/> 日本薬局方	期限・製造番号	規制区分 習慣・処方 (○をつける)	数量	薬価 単位	金額
	<input type="checkbox"/> 日局		劇・毒・向 習慣性 要処方			
	<input type="checkbox"/> 日局		劇・毒・向 習慣性 要処方			
	<input type="checkbox"/> 日局		劇・毒・向 習慣性 要処方			
	<input type="checkbox"/> 日局		劇・毒・向 習慣性 要処方			
備考	担当者			小計		
				手数料		
譲受薬局: <input type="checkbox"/> 開設 確認資料 <input type="checkbox"/> 省略	譲受薬局: <input type="checkbox"/> 社員証 身分確認 <input type="checkbox"/> サイン			合計		

⑦

⑧

⑨

※医薬品の譲渡譲受に関する書類は3年間保管する事

一般社団法人 弘前薬剤師会

- ① 譲渡薬局名
買う側（譲受薬局）で事前にご記載ください
- ② 譲受薬局名
買う側（譲受薬局）で記載し印を押してください
- ③ 開設者氏名及び名称・所在地・電話番号
買う側（譲受薬局）が記載してください
- ④ メーカー・薬品名・規格・日局・数量・薬価単位・金額
買う側（譲受薬局）が記載してください
日本薬局方に記載のものは日局に✓をしてください
- ⑤ 期限・製造番号
売る側（譲渡薬局）が記載してください
- ⑥ 規制区分等
買う側（譲受薬局）で該当する区分に○をつけてください
- ⑦ 譲受薬局確認資料
譲渡薬局で確認し、チェックしてください。
薬局許可番号は譲渡薬局で記載してください
常時取引があり、③の記載がある場合は省略する事ができるので、省略にチェックすることができます
- ⑧ 譲受薬局身分確認
譲渡薬局が薬を受け取りに来た人を見て確認
社員証が無い場合は、サインなどでもよい
- ⑨ 担当者
今回の取引における譲受薬局の担当者の印を押す

注) 物品受領書 (控) を小分けの時にもっていかない薬局は⑤、⑦、⑧の✓、⑨の印は物品受領書から記載してください。

【譲渡薬局（売る側）の記載項目】

⑤、⑦、⑧の✓

【譲受薬局（買う側）の記載項目】

①、②、③、④、⑥、⑧のサイン、⑨

物品受領書

年 月 日 No. _____

譲渡薬局名

譲受薬局名

①

②

様

③

下記のとおり受領致しました。

開設者氏名及び名称
所在地・電話番号

メーカー	薬品名・規格 <input checked="" type="checkbox"/> 日本薬局方	期限・製造番号	規制区分 習慣・処方 (○をつける)	数量	薬価 単位	金額
	<input type="checkbox"/> 日局		劇・毒・向 習慣性 要処方			
	<input type="checkbox"/> 日局		習 慣 性 要 処 方			
	<input type="checkbox"/> 日局		劇・毒・向 習慣性 要処方			
	<input type="checkbox"/> 日局		劇・毒・向 習慣性 要処方			
備考	担当者			小計		
				手数料		
				合計		

譲受薬局：□開設者氏名及び名称
確認資料 □省略

譲受薬局：□社員証
身分確認 □サイン

⑦

⑧

⑨

※医薬品の譲渡譲受に関する書類は3年間保管する事

一般社団法人 弘前薬剤師会

- ① 譲渡薬局名
買う側（譲受薬局）で事前にご記載ください
- ② 譲受薬局名
買う側（譲受薬局）で記載し印を押してください
- ③ 開設者氏名及び名称・所在地・電話番号
買う側（譲受薬局）が記載してください
- ④ メーカー・薬品名・規格・日局・数量・薬価単位・金額
買う側（譲受薬局）が記載してください
日本薬局方に記載のものは日局に✓をしてください
- ⑤ 期限・製造番号
売る側（譲渡薬局）が記載してください
- ⑥ 規制区分等
買う側（譲受薬局）で該当する区分に○をつけてください
- ⑦ 譲受薬局確認資料
譲渡薬局で確認し、チェックしてください。
薬局許可番号は譲渡薬局で記載してください
常時取引があり、③の記載がある場合は省略する事ができるので、省略にチェックすることができます
- ⑧ 譲受薬局身分確認
譲渡薬局が薬を受け取りに来た人を見て確認
社員証が無い場合は、サインなどでもよい
- ⑨ 担当者
今回の取引における譲受薬局の担当者の印を押す

注）物品受領書（控）から記載する場合は、⑨の印以外すべて複写になっているため、記載の必要はありません。

【譲渡薬局（売る側）の記載項目】

⑤、⑦、⑧の✓

【譲受薬局（買う側）の記載項目】

①、②、③、④、⑥、⑧のサイン、⑨

【調剤専用】

領 収 書

年 月 日 No. _____

譲受薬局名

譲渡薬局名

①

②

様

③

下記のとおり受領致しました

開設者氏名及び名称
所在地・電話番号

メーカー	薬品名・規格 <input checked="" type="checkbox"/> 日本薬局方	期限・製造番号	規制区分 習慣・処方 (○をつける)	数量	薬価 単位	金額
	<input type="checkbox"/> 日局	④	劇・毒・向 慣性 要処方			
	<input type="checkbox"/> 日局		劇・毒・向 慣性 要処方			
	<input type="checkbox"/> 日局		劇・毒・向 慣性 要処方			
	<input type="checkbox"/> 日局		劇・毒・向 慣性 要処方			
備考	担当者			小 計		
				手数料		
				合 計		

譲渡薬局：□開業許可番号
確認資料 □省略 他（ ）

⑤

譲渡薬局：□社員証
身分確認 □サイン

⑥

⑦

※医薬品の譲渡譲受に関する書類は3年間保管する事

一般社団法人 弘前薬剤師会

- ① 譲受薬局名
買う側（譲受薬局）で事前にご記載ください
- ② 譲渡薬局名
売る側（譲渡薬局）で記載し印を押してください
- ③ 開設者氏名及び名称・所在地・電話番号
売る側（譲渡薬局）が記載してください
- ④ メーカー・薬品名・規格・日局・数量・薬価単位・金額・製造番号・期限・規制区分
複写になっています
- ⑤ 譲渡薬局確認資料
譲受薬局で記載し、チェックしてください
薬局許可番号は譲受薬局で記載してください
常時取引があり、③の記載がある場合は省略する事ができるので、省略にチェックすることができます
- ⑥ 譲渡薬局身分確認
譲受薬局が薬を受け取りに来た人を見て確認
社員証が無い場合は、サインなどでもよい
- ⑦ 担当者
今回の取引における譲渡薬局の担当者の印を押す

【譲渡薬局（売る側）の記載項目】

②、③、⑥のサイン、⑦

【譲受薬局（買う側）の記載項目】

①、⑤、⑥の✓

の部分は「写し」とならない箇所です