

麻薬年間届（麻薬管理者・麻薬施用者）

令和 年分

麻薬業務所所在地

長野県知事 殿

名 称

令和 年 月 日

届出者住所

(免許証番号) 第

号 (麻薬免許の種類)

(資格)

氏 名

[illegible]

(注) 麻薬年間届記入要領、記入例を参考に記入してください。

麻 薬 年 間 届 （ 麻 薬 管 理 者 ・ 麻 薬 施 用 者 ）

令 和 年 分

長 野 県 知 事 殿

令和 年 月 日

届出期間は **10 月 1 日** から
11 月 30 日 までです。

麻薬業務所所在地

名 称

届 出 者 住 所

（免許証番号） 第

号 （麻薬免許の種類）

（資格）

氏 名

品 名	単位	期始在庫数量 前年10月1日現在	受入数量		払出数量	廃棄数量	期末在庫数量 本年9月30日現在	備 考
			卸売業者等か らの譲受 ^{注4}	患者等からの 譲受 ^{注5}				
オキシコンチンTR錠 10mg ^{注1}	T	5 0 0	2 0 0	5 0	3 0 0	5 0	4 0 0	R00.0.00 50 錠廃棄 R00.0.00 麻薬廃 棄届
モルヒネ塩酸塩注射液 10mg ^{注1}	A	1 2 3	5 0 0		6 0 0		2 3	1A 破損 R00.0.00 麻薬事故届
コデインリン酸塩水和物 ^{注2}	g	1 0	1 0 0		1 0 0		1 0	
コデインリン酸塩散 10% ^{注2}	g	2 0 0	1 0 0 0		1 1 0 0		1 0 0	原末より調製（予製）
アヘンチンキ ^{注2}	mL	3 0	0		1 0		1 9	秤量誤差による帳簿訂正 -1mL
ケタラール筋注用 500mg ^{注1}	mL ^{注3}	0	2 0 0 ^{注3}		1 2 8 ^{注3}		7 2 ^{注3}	
以下余白								

注1 オキシコンチンTR錠、モルヒネ塩酸塩注射液等、2種類以上の規格があるものは、区別して記入してください。

注2 コデインリン酸塩水和物等の粉剤及びアヘンチンキは必ず計量して記入してください。

注3 ケタミンのバイアル製剤については、バイアルを「mL」に換算して記入してください。（例は、20V 購入して 12V と 8mL 施用した場合の記入例）

注4 卸売業者等からの譲受とは、麻薬卸売業者からの購入、届出業務所内での調製（倍散等）、麻薬及び向精神薬取締法第 24 条第 10 項（譲渡し）の許可を受けた者からの譲受及び麻薬及び向精神薬取締法第 36 条第 2 項（免許が失効した場合等の措置）による譲受です。

注5 患者等からの譲受とは、入院患者に調剤され、一部又は全部が施用されずに病棟から返納された麻薬のうち、再び麻薬帳簿の残高に加えて再利用する麻薬の受入数量を記入してください。

注6 患者等から譲り受けた麻薬のうち再利用しない（調剤済麻薬廃棄届により廃棄する）麻薬の数量、持参した患者に継続施用する数量並びに調剤済麻薬廃棄届及び麻薬事故届に伴い廃棄した数量を記入する必要はありません。

注7 麻薬の取扱いがなかった業務所については、「在庫受払なし」と記載する、斜線を引く等によりその旨を報告してください。