

麻薬の購入における一般的注意事項

1 免許

- ① 麻薬の購入には、医療機関にあつては「麻薬管理者免許」(麻薬管理者のいない施設にあつては「麻薬施用者免許」)、また、薬局にあつては「麻薬小売業者免許」が必要です。
- ② 麻薬の購入先は、同一県内の麻薬卸売業者に限られています。
- ③ 速やかに麻薬の譲り受けができるよう、麻薬卸売業者から譲受人の免許の確認のため麻薬免許証の写し(コピー)を求められることがありますので、協力してください。
- ④ 譲受人の免許の記載事項に変更が生じた時は、法律に基づき記載事項の変更手続きを行わなければなりません。麻薬の購入に支障をきたさないよう、その旨を譲渡人に連絡することが望まれます。

2 麻薬譲受証の記載上の注意事項

- ① 麻薬卸売業者より麻薬を譲り受ける場合には、麻薬譲渡証及び麻薬譲受証の交換が必要です。麻薬譲受証をあらかじめ麻薬卸売業者に交付するか、あるいは同時交換でなければ麻薬を受け取ることはできませんので、注意が必要です。麻薬譲受証は医療機関、薬局側の責任で作成する必要があります。
- ② 麻薬譲受証の余白の部分は、斜線を引くか又は「以下余白」と記載し、追記できないようにしてください。
- ③ 麻薬譲受証に使用する「譲受人の印」及び「免許者の印」は、特別な事情がない限り毎回同じ印を使用してください。

譲受人の印

医療機関:法人の場合には、代表者印又は麻薬診療施設の長の印あるいは麻薬専用印を使用してください。

薬 局:法人の場合には、代表者印又は麻薬専用印を使用してください。

(麻薬専用印)

他の用務の印と併用はできません。但し、覚醒剤原料については併用しても差し支えありません。その場合は麻薬のみの文字が入った印は使用できませんので、例えば、「麻薬及び覚醒剤原料専用」の文字の入った印を使用します。

- ④ 麻薬譲受証に記載した事項を訂正する場合には、譲受人の欄に押印した印と同じ印を使用してください。
- ⑤ 麻薬譲受証の記載方法については、次ページ以降の記載例を参考にしてください。

3 その他

- ① 譲り受けた麻薬の返品及び交換はできません。
- ② 東海北陸厚生局長の許可又は愛知県知事の麻薬小売業者間譲渡許可を受けた場合以外は、同一開設者が開設する麻薬診療所又は麻薬小売業者間においても麻薬の受け渡しをすることはできません。
- ③ 麻薬の譲渡・譲受の際、両者が立ち会いのもと破損等を発見した場合は、麻薬譲渡証を返し、麻薬卸売業者から麻薬譲受証の返納を受け、対象となった麻薬を麻薬卸売業者が持ち帰ることになります。この際、麻薬事故届は、麻薬卸売業者が提出することになります。

医療機関(官公立)

No.

麻 薬 譲 受 証				
譲受人の免許証の番号		第 号	譲受人の免許の種類	麻薬
譲受人の氏名 (法人にあつては、名称)		名古屋市立 △△病院 院長 伊藤 太郎		
譲受人が麻薬診療施設の開設者又は麻薬研究施設の設置者の場合は当該施設において麻薬を管理する麻薬管理者、麻薬施用者、麻薬研究者		免許証の番号	麻薬 管理者 氏 名	鈴木 一郎
麻薬業務所		所在地 名古屋市○○区△△町××番地		
		名 称 △ △ 病 院		
品 名	容 量	個 数	数 量	備 考
MSコンチン錠 10mg	PTP 100T	1	100T	
(注 意)				
1 用紙の大きさは、A4とすること。		令和 年 月 日 受理 (譲受証)		
2 余白には、斜線を引くこと。		令和 年 月 日 譲渡 (麻 薬)		

は施設長印または
 専用印
 管理者の個人印
 (毎回同じ印)



譲受人の氏名：施設名(名古屋市立 △△病院)、当該麻薬施設長(医療法上の管理者)の職名(院長)
 氏名(伊藤太郎)

譲受人の押印：当該麻薬診療施設長の公印(又は公印に準ずるもの)もしくは麻薬専用印を使用
 管理者の個人の印は毎回同じ印を使用 *スタンプ印は不可

麻薬業務所 : 麻薬診療施設の所在地、名称

麻薬専用印の例

麻薬と覚醒剤原料を兼用する専用印の例



医療機関(法人・管理者)

No. 法人の病院、診療所で麻薬施用者が2人以上の場合

麻 薬 譲 受 証				
譲受人の免許証の番号		第 号	譲受人の免許の種類	麻薬 者
譲受人の氏名 (法人にあつては、名称)		医療法人〇〇会 △△病院 理事長 加藤 太郎		
譲受人が麻薬診療施設の開設者又は麻薬研究施設の設置者の場合は当該施設において麻薬を管理する麻薬管理者、麻薬施用者、麻薬研究者		免許証の番号	麻薬 管理者 氏 名	鈴木 一郎
麻薬業務所	所在地	名古屋市〇〇区△△町××番地		
	名称	△ △ 病 院		
品 名	容 量	個 数	数 量	備 考
MS コンチン錠 10mg	PTP 100T	1	100T	
(注 意)				
1 用紙の大きさは、A4とすること。		令和 年 月 日 受理 (譲受証)		
2 余白には、斜線を引くこと。		令和 年 月 日 譲渡 (麻 薬)		
※交付を受けた日から2年間保存すること。				

は代表者印または管理者の個人印(毎回の同じ印)

譲受人の氏名：法人名（医療法人〇〇会 △△病院）、代表者職名（理事長）、代表者名（加藤太郎）

譲受人の押印：代表者の印、もしくは麻薬専用印を使用

管理者の個人印は毎回同じ印を使用 *スタンプ印は不可

麻薬業務所 : 麻薬診療施設の所在地、名称

麻薬専用印の例

麻薬と覚醒剤原料を兼用する専用印の例



医療機関(法人・施業者)

No. 法人の病院、診療所で麻薬施業者が1人の場合

麻 薬 譲 受 証					令和 ○○年 ○○月 ○○日
譲受人の免許証の番号	第	号	譲受人の免許の種類	麻薬	者
譲受人の氏名 (法人にあつては、名称)	医療法人○○会 △△病院		理事長	斉藤 太郎	
譲受人が麻薬診療施設の開設者又は麻薬研究施設の設置者の場合は当該施設において麻薬を管理する麻薬管理者、麻薬施業者、麻薬研究者	免許証の番号	麻薬施業者 医安第○○○○号	氏名	鈴木 一郎	
麻薬業務所	所在地	名古屋市○○区△△町××番地			
	名称	△△病院			
品名	容量	個数	数量	備考	
MS コンチン錠 10mg	PTP 100T	1	100T		
(注 意)					
1 用紙の大きさは、A4とすること。			令和 年 月 日 受理(譲受証)		
2 余白には、斜線を引くこと。			令和 年 月 日 譲渡(麻薬)		
※交付を受けた日から2年間保存すること。					

は代表者印または施業者の個人印(毎回同じ印)

譲受人の氏名：法人名（医療法人○○会 △△病院）、代表者職名（理事長）、代表者名（斉藤太郎）

譲受人の押印：代表者の印、もしくは麻薬専用印を使用

施業者の個人印は毎回同じ印を使用 *スタンプ印は不可

麻薬業務所：麻薬診療施設の所在地、名称



麻薬専用印の例

麻薬と覚醒剤原料を兼用する専用印の例



医療機関(個人・管理者)

No. 個人の病院、診療所で麻薬施用者が2人以上の場合

麻 薬 譲 受 証					
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日					
譲受人の免許証の番号	第	号	譲受人の免許の種類	麻薬 者	
譲受人の氏名 (法人にあつては、名称)				佐藤 太郎 	
譲受人が麻薬診療施設の開設者又は麻薬研究施設の設置者の場合は当該施設において麻薬を管理する麻薬管理者、麻薬施用者、麻薬研究者	免許証の番号	麻薬 管 理 者 医安第〇〇〇〇号	氏 名	鈴木 一郎 	
	麻薬業務所	所 在 地	名古屋市〇〇区△△町××番地		
	名 称	△ △ 医 院			
品 名	容 量	個 数	数 量	備 考	
MS コンチン錠 10mg	PTP 100T	1	100T		
/					

管理者の個人印
(毎回同じ印)

(注 意) 令和 年 月 日 受理 (譲受証)
 1 用紙の大きさは、A4とすること。 令和 年 月 日 譲渡 (麻 薬)
 2 余白には、斜線を引くこと。

※交付を受けた日から2年間保存すること。

譲受人の氏名：開設者（佐藤 太郎）

譲受人の押印：開設者の個人の印は毎回同じ印を使用 *スタンプ印は不可

管理者の個人の印は毎回同じ印を使用 *スタンプ印は不可

麻薬業務所 : 麻薬診療施設の所在地、名称

医療機関(個人・施業者)

No. 個人の病院、診療所で麻薬施業者が1人の場合

麻 薬 譲 受 証					令和 ○○年 ○○月 ○○日
譲受人の免許証の番号	第	号	譲受人の免許の種類	麻薬	者
譲受人の氏名 (法人にあっては、名称)	鈴木 一郎				
譲受人が麻薬診療施設の開設者又は麻薬研究施設の設置者の場合は当該施設において麻薬を管理する麻薬管理者、麻薬施業者、麻薬研究者	免許証の番号	麻薬施業者 医安第○○○○号	氏名	鈴木 一郎	
麻薬業務所	所在地	名古屋市○○区△△町××番地			
	名称	△△医院			
品名	容量	個数	数量	備考	
MSコンチン錠 10mg	PTP 100T	1	100T		
(注 意)					
1 用紙の大きさは、A4とすること。		令和	年	月	日 受理 (譲受証)
2 余白には、斜線を引くこと。		令和	年	月	日 譲渡 (麻薬)

施業者の個人印 (毎回同じ印)

譲受人の氏名：開設者 (鈴木 一郎)


譲受人の押印：開設者の個人印は毎回同じ印を使用 *スタンプ印は不可

施業者の個人印は毎回同じ印を使用 *スタンプ印は不可

麻薬業務所 : 麻薬診療施設の所在地、名称

薬局(法人)

No.

麻 薬 譲 受 証					令和 ○○年 ○○月 ○○日
譲受人の免許証の番号	医安 第 ○○○○○○ 号		譲受人の免許の種類	麻薬 小売業 者	
譲受人の氏名 (法人にあつては、名称)	株式会社 ○○薬局		代表取締役	鈴木 一郎	
譲受人が麻薬診療施設の開設者又は麻薬研究施設の設置者の場合は当該施設において麻薬を管理する麻薬管理者、麻薬施用者、麻薬研究者	免許証の番号	麻薬 第 号	氏 名		
	所在地	名古屋市○○区△△町××番地			
麻薬業務所	所在地	名古屋市○○区△△町××番地			
	名称	○○薬局			
品 名	容 量	個 数	数 量	備 考	
MS コンチン錠 10mg	PTP 100T	1	100T		
(注 意)					
1 用紙の大きさは、A4とすること。			令和 年 月 日 受理 (譲受証)		
2 余白には、斜線を引くこと。			令和 年 月 日 譲渡 (麻 薬)		
※交付を受けた日から2年間保存すること。					

は代表者印または
専用印

譲受人の氏名：法人名（株式会社○○薬局）、代表者職名（代表取締役）、代表者名（鈴木一郎）

譲受人の押印：代表者の印、もしくは麻薬専用印を使用

麻薬業務所：薬局の所在地、名称

麻薬専用印の例

麻薬と覚醒剤原料を兼用する専用印の例



薬局(個人)

No.

麻 薬 譲 受 証					令和 ○○年 ○○月 ○○日
譲受人の免許証の番号	医安 第 ○○○○○○号	譲受人の免許の種類	麻薬 小売業 者		
譲受人の氏名 (法人にあつては、名称)	鈴木 一郎 鈴木				
譲受人が麻薬診療施設の開設者又は麻薬研究施設の設置者の場合は当該施設において麻薬を管理する麻薬管理者、麻薬施用者、麻薬研究者	免許証の番号	麻薬 第 号	氏 名	(印)	
	名古屋市○○区△△町××番地				
麻薬業務所	所在地	○○薬局			
	名称				
品 名	容 量	個 数	数 量	備 考	
MS コンチン錠 10mg	PTP 100T	1	100T		
<div style="position: absolute; top: 50%; left: 50%; transform: translate(-50%, -50%); opacity: 0.5;"> <p>(注 意)</p> <p>1 用紙の大きさは、A4とすること。</p> <p>2 余白には、斜線を引くこと。</p> </div>					

小売業者の個人の印
(毎回同じ印)

令和 ○○年 ○○月 ○○日 受理 (譲受証)
令和 ○○年 ○○月 ○○日 譲渡 (麻薬)

※交付を受けた日から2年間保存すること。

譲受人の氏名：麻薬小売業者名（鈴木一郎）

譲受人の押印：麻薬小売業者の個人の印は毎回同じ印を使用 *スタンプ印は不可

麻薬業務所：薬局の所在地、名称