

年間麻薬譲渡・譲受届作成時の注意事項（施用・管理者用）

■届出者について間違いが多発しています。ご注意ください!!

《届出者について》 病院・診療所の開設者ではなく、**麻薬管理者**です。管理者のいない場合は、**施用者**です。
《印鑑について》 押印不要です。

■1年間、麻薬の取扱いのなかった施設も届け出てください!!

上記の場合の記載方法は以下のとおりです。
品名の左上に「なし」と記入し、残りのセルに斜線を引いてください。

年間麻薬譲渡・譲受届					
令和 年 月 日					
愛知県知事殿					
麻薬 業務所 免許証の		所在地 名 称 番 号	名古屋市中区三の丸三丁目1番2号 愛知県民総合病院 麻薬管理者 医安第240000号		
		氏 名	愛 知 太 郎		
		(名称および代表者の氏名)			
下記のとおり令和7年の麻薬の譲渡し・譲受け等について届け出ます。					
品 名	前年10月1日の在庫数量	受 入 数 量	払 出 数 量	本年9月30日の在庫数量	備 考
なし					
備 考 1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。 2 コデインリン酸塩水和物等の予製剤については、本年9月30日現在の所有数量を備考欄に記入してください。					
		担 当 者 氏 名		届出内容について、後日確認させていただくことがあります。	
		担 当 者 連 絡 先		担当者の氏名・連絡先を記入してください。	
		担 当 者 メールアドレス		今後、届出等について連絡させていただくことがありますので、担当者のメールアドレスも記入してください。	

■基本事項

品 名	前年10月1日の在庫数量	受 入 数 量	払 出 数 量	本年9月30日の在庫数量	備 考
含有量(mg)が2種類以上あるものは、必ず含有量(mgまたは%)を品名につけること。	前年の9月30日と同数量であること。AP, gを必ずつけること。	前年10月1日から本年9月30日までの譲受数量を全部記入すること。	前年10月1日から本年9月30日までの施用または施用のため交付・廃棄・譲渡等した数量を全て記入すること。	本年9月30日現在の所有量を全て記入すること。	・コデイン、ジヒドロコデイン、エチルモルヒネについては、本年9月30日現在で自家予製剤の所有量をそのまま数量で記入すること。(1%、10%等毎年9月30日に秤量して記入すること。) ・その他の予製剤については、品名の欄に別品目として記載すること。

■散剤等、秤量誤差が生じた場合

秤量誤差の量は、受入・払出数量に含め、備考欄に記入

モルヒネ塩酸塩水和物末	0g	60g	15g	45g	秤量誤差 1g
-------------	----	-----	-----	-----	---------

■破損、流失など、麻薬事故があった場合

事故麻薬は払出数量に含め、備考欄に法第35条1項の規定により麻薬の事故について届出た旨を記載

モルヒネ塩酸注射液10mg	18AP	50AP	65AP	3AP	2AP事故届
---------------	------	------	------	-----	--------

■期限切れ等、法第29条に基づき届出をして麻薬を廃棄した場合

廃棄麻薬は払出数量に含め、備考欄に法第29条に基づき届出た旨を記載

ケタラール筋注用500mg	10V	0V	3V	7V	1V届出により廃棄
---------------	-----	----	----	----	-----------

■患者から返納された麻薬を再利用した場合

入院患者からの返納を受け入れて再利用したものは、()書きで別掲とし、業者から購入したものとは別で記入

MSコンチン錠 10mg	238錠	200錠 (15錠)	435錠	18錠	
--------------	------	---------------	------	-----	--

■前年10月1日に在庫数量があり、本年9月30日まで受入、払出がなかった場合

受入・払出数量がゼロでも、記載する必要があります。

オキシコンチン錠5mg	120錠	0錠	0錠	120錠	
-------------	------	----	----	------	--

■空白のセルには斜線を引く

--	--	--	--	--	--

年間麻薬譲渡・譲受届の作成において、御不明点等ございましたら、
愛知県春日井保健所へお問い合わせください。