

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					
麻薬業務所所在地		名古屋市中区三の丸三丁目1番2号			
名称		愛知県民総合病院			
免許証の番号		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8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載すること。					
担当者氏名				TEL:	
担当者連絡先				Email:	

《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。

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。
担当者の氏名・連絡先を記入してください。
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

モルヒネ酸塩注射液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、
愛知県保健医療局生活衛生部医薬安全課もしくは管轄の保健所へお問い合わせください。