

保健室薬品管理状況調査

令和 年 月 日

学校名 _____

責任者名 _____ 印

学校薬剤師名 _____ 印

点 検 事 項	判 定
1. 医薬品は正しく表示され、保管区分はよいか。	良 否
2. 薬品ラベルのはがれ・不明瞭なものがあるか。	無 有
3. 医薬品戸棚は、熱・直射日光・湿気から守られているか。	良 否
4. 医薬品及び衛生材料等の整理整頓の状況はよいか。	良 否
5. 必要な箇所に施錠はなされているか。	良 否
6. 必要な種類・量は確保されているか。	良 否
7. 薬品の期限切れ変質等はないか。	無 有
8. 医薬品等の使用は、適切な指示・指導でなされているか。	良 否
9. 測定器具等の保管は、適切か。破損はないか。	良 否
10. 不良・不用薬品はないか。その処理は適切か。	良 否
11. 地震などによる危険について配慮がなされているか。	良 否
12. 清潔と安全は。ベッド・寝具等はよく整備してあるか。	良 否
13. 台帳は整備され、受払いは記録されているか。	良 否

(所 見)

理科室薬品管理状況調査

令和 年 月 日

学校名 _____

責任者名 _____ 印

学校薬剤師名 _____ 印

点 検 事 項	判 定
1. 薬品管理責任者を決め、計画的に必要な量のみの購入につとめているか。	良 否
2. 購入した薬品の容器に購入年月日及び格納場所を書き入れ、 薬品台帳に記入しているか。	良 否
3. 保管方法を各薬品ごとに定め、一定場所に保管しているか。	良 否
4. 薬品ラベルのはがれ・不明瞭なものがあるか。	無 有
5. 毒劇物は専用保管庫に法で定めた表示をし、施錠保管しているか。	良 否
6. 学童生徒に必要な安全管理指導が行われているか。	良 否
7. 理科室準備室の出入口は施錠し部外者の入室の防止につとめているか。	良 否

(所 見)