



3. 医療用具・材料の購入条件についてうかがいます。

問 21 在庫の所有形態に該当する番号に○印をおつけください。なお、「1 買取」と回答された医療用具・材料については、買い取ったものの廃棄損となってしまうおおよその割合（金額ベースで）をご記入ください。

(1) 人工股関節用材料

1 買取	⇒廃棄損	<input style="width: 80%;" type="text"/>	%程度	2 委託在庫
------	------	--	-----	--------

(2) 人工膝関節用材料

1 買取	⇒廃棄損	<input style="width: 80%;" type="text"/>	%程度	2 委託在庫
------	------	--	-----	--------

下記の間 22～25 について、それぞれに該当する数値を【回答記入欄】へご記入ください。

問 22 平均的な病院の在庫数量を数値でご記入ください（委託在庫分も含む）。

問 23 購入数量について年間（または月間）の契約を締結していますか。

問 24 概ねの納入頻度について、該当する番号に○印をおつけください（複数の仕入業者から仕入れている場合には、取引の大きい方についてお答えください）。

問 25 仕入業者に対し、緊急に翌日または当日納入を要請することはありますか。

【回答記入欄】

(1) 人工股関節用材料

問 22 平均在庫量	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> </table>					個
問 23 年間（月間）購入契約	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; height: 20px;">1 締結している</td> <td style="width: 50%; height: 20px;">2 締結していない</td> </tr> </table>	1 締結している	2 締結していない			
1 締結している	2 締結していない					
問 24 納入頻度	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; height: 20px;">1 毎使用時</td> <td style="width: 50%; height: 20px;">2 ほぼ毎日</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; height: 20px;">3 週 1～2 回程度</td> <td style="width: 50%; height: 20px;">4 週 1 回未満</td> </tr> </table>	1 毎使用時	2 ほぼ毎日	3 週 1～2 回程度	4 週 1 回未満	
1 毎使用時	2 ほぼ毎日					
3 週 1～2 回程度	4 週 1 回未満					
問 25 緊急納入	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; height: 20px;">1 有</td> <td style="width: 50%; height: 20px;">2 無</td> </tr> </table>	1 有	2 無			
1 有	2 無					

(2) 人工膝関節用材料

	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> </table>					個
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; height: 20px;">1 締結している</td> <td style="width: 50%; height: 20px;">2 締結していない</td> </tr> </table>	1 締結している	2 締結していない			
1 締結している	2 締結していない					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; height: 20px;">1 毎使用時</td> <td style="width: 50%; height: 20px;">2 ほぼ毎日</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; height: 20px;">3 週 1～2 回程度</td> <td style="width: 50%; height: 20px;">4 週 1 回未満</td> </tr> </table>	1 毎使用時	2 ほぼ毎日	3 週 1～2 回程度	4 週 1 回未満	
1 毎使用時	2 ほぼ毎日					
3 週 1～2 回程度	4 週 1 回未満					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; height: 20px;">1 有</td> <td style="width: 50%; height: 20px;">2 無</td> </tr> </table>	1 有	2 無			
1 有	2 無					

## 4. 仕入業者による附帯サービスについてうかがいます。

問 26 メーカーまたは輸入販売業者から何らかのサポートを受けていますか。該当する番号全てに○印をおつけください。

(1) 人工股関節用材料

- |                             |                 |
|-----------------------------|-----------------|
| 1 情報提供                      | 2 24時間のバックアップ体制 |
| 3 術前準備等の補助                  | 4 術中の立ち合い       |
| 5 術後の定期検診                   | 6 廃棄物処理（血液付着物等） |
| 7 伝票処理                      | 8 学会開催・活動の支援    |
| 9 その他（                    ） | 10 サポートは一切ない    |

(2) 人工膝関節用材料

- |                             |                 |
|-----------------------------|-----------------|
| 1 情報提供                      | 2 24時間のバックアップ体制 |
| 3 術前準備等の補助                  | 4 術中の立ち合い       |
| 5 術後の定期検診                   | 6 廃棄物処理（血液付着物等） |
| 7 伝票処理                      | 8 学会開催・活動の支援    |
| 9 その他（                    ） | 10 サポートは一切ない    |

問 27 卸売業者から何らかのサポートを受けていますか。該当する番号全てに○印をおつけください。

(1) 人工股関節用材料

- |                             |                 |
|-----------------------------|-----------------|
| 1 情報提供                      | 2 24時間のバックアップ体制 |
| 3 術前準備等の補助                  | 4 術中の立ち合い       |
| 5 術後の定期検診                   | 6 廃棄物処理（血液付着物等） |
| 7 伝票処理                      | 8 学会開催・活動の支援    |
| 9 その他（                    ） | 10 サポートは一切ない    |

(2) 人工膝関節用材料

- |                             |                 |
|-----------------------------|-----------------|
| 1 情報提供                      | 2 24時間のバックアップ体制 |
| 3 術前準備等の補助                  | 4 術中の立ち合い       |
| 5 術後の定期検診                   | 6 廃棄物処理（血液付着物等） |
| 7 伝票処理                      | 8 学会開催・活動の支援    |
| 9 その他（                    ） | 10 サポートは一切ない    |

問 28 仕入業者から、関連機器の無償貸与、関連製品の添付、製品サンプルの提供を受けることがありますか。該当する番号全てに○印をおつけください。

(1) 人工股関節用材料

- |   |                   |
|---|-------------------|
| 1 | 関連計測機器の無償貸与       |
| 2 | 関連製品の添付           |
| 3 | 製品サンプルの提供         |
| 4 | その他 ( )           |
| 5 | 無償貸与、提供等は一切受けていない |

(2) 人工膝関節用材料

- |   |                   |
|---|-------------------|
| 1 | 関連計測機器の無償貸与       |
| 2 | 関連製品の添付           |
| 3 | 製品サンプルの提供         |
| 4 | その他 ( )           |
| 5 | 無償貸与、提供等は一切受けていない |

問 29 最後に、このアンケートにご記入された方の役職等について、該当する番号に○印をおつけください。なお、複数の方が分担してご記入された場合は、該当する番号全てに○印をおつけください。

- |   |         |   |           |
|---|---------|---|-----------|
| 1 | 病院長     | 2 | 1 以外の医師   |
| 3 | 事務長     | 4 | 3 以外の事務職員 |
| 5 | その他 ( ) |   |           |

.....

以上で整形外科医療用具に関するアンケートは終わりです。  
基本票と一緒にご返送くださいますようお願い申し上げます。  
ご協力いただきまして、誠に有り難うございました。

## 医療用具・材料の流通慣行に関する実態調査

【ご記入にあたってのお願い】

1. 各設問のご回答については、該当する番号に○印をつけていただくものと、具体的な数値等を記入していただくものがあります。また、「その他」を選択される場合には、( ) 内にできるだけ具体的にご記入ください。
2. 眼内レンズの個別の規格ごとに分かれている設問については、貴院で使用しているものについてのみご記入ください。
3. このアンケート票にご記入いただけましたら、平成15年11月20日(木)までに同封の返信用封筒にてご返送くださいますようお願い申し上げます。
4. ご不明の点がございましたら、下記までお問い合わせください。

—この調査についてのお問い合わせ—

財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会  
医療経済研究機構

**貴院の概要についておたずねします。**

問1 貴院の所在する地域ブロックについて、該当する番号に○印をおつけください。

- |    |                              |
|----|------------------------------|
| 1  | 北海道                          |
| 2  | 東北 (青森県・岩手県・宮城県・秋田県・山形県・福島県) |
| 3  | 関東Ⅰ (埼玉県・千葉県・東京都・神奈川県)       |
| 4  | 関東Ⅱ (茨城県・栃木県・群馬県・山梨県・長野県)    |
| 5  | 北陸 (新潟県・富山県・石川県・福井県)         |
| 6  | 東海 (岐阜県・静岡県・愛知県・三重県)         |
| 7  | 近畿Ⅰ (京都府・大阪府・兵庫県)            |
| 8  | 近畿Ⅱ (滋賀県・奈良県・和歌山県)           |
| 9  | 中国 (鳥取県・島根県・岡山県・広島県・山口県)     |
| 10 | 四国 (徳島県・香川県・愛媛県・高知県)         |
| 11 | 北九州 (福岡県・佐賀県・長崎県・大分県)        |
| 12 | 南九州 (熊本県・宮崎県・鹿児島県・沖縄県)       |

問2 貴院の開設主体について、該当する番号に○印をおつけください。

1 国立	(厚労省・文科省・労働福祉事業団・その他)
2 公立	(都道府県・市町村)
3 公的	(日赤・済生会・北海道社会事業協会・厚生連・国民健康保険団体連合会)
4 社会保険関係団体	(全国社会保険協会連合会・厚生年金事業振興団・健康保険組合及びその連合会・共済組合及びその連合会・国民健康保険組合)
5 医療法人	
6 個人	
7 その他	(公益法人・学校法人・会社・その他の法人)

問3 貴院は医育機関\*ですか。

1 はい	2 いいえ
------	-------

\*医育機関とは、学校教育法に基づく大学において、医学又は歯学の教育を行うことに付随して設けられた病院及び分院のことをいいます。また、大学研究所付属病院も含まれます。

問4 貴院の全許可病床数(平成15年10月1日現在)をご記入ください。 

--	--	--	--

 床

問5 医療用具・材料の購入に関する全体的な状況について、数値をご記入ください。

(1) 現在取引のある仕入業者*の総数						社
(2) 年間購入総額(平成14年度分)						百万円

\*仕入業者とは、実質的に価格交渉を行う卸売業者もしくは輸入販売業者(直接取引)やメーカー(直接取引)のことを指します。

問6 貴院又は貴法人では、医療用具・材料の購入に関する選定組織(チェーン病院等の場合、本部組織を含む)を設置していますか。また、その組織は実質的に機能していますか。

1 設置しており、活発な議論が行われている
2 設置してはいるが、実質的な議論は行われていない
3 設置していない

問7 貴院又は貴法人では、各医療用具・材料を購入するための会社等の組織を設立していますか。

1 設立している	2 設立していない
----------	-----------







下記の問 14～18 について、それぞれに該当する数値を【回答記入欄】へご記入ください。

問 14 眼内レンズの各規格について、貴院で使用しているメーカー数をご記入ください。

問 15 眼内レンズの各規格について、貴院で使用している製品機種（銘柄）数をご記入ください。

問 16 眼内レンズの各規格について、貴院と取引のある仕入業者数（卸売業者・輸入販売業者・メーカー）について、それぞれご記入ください。

問 17 眼内レンズの各規格について、貴院での平成 14 年度の購入数量（概数）と使用数量（概数）をご記入ください。

問 18 眼内レンズの各規格について、貴院での平成 14 年度の購入総額（概数）をご記入ください。

【回答記入欄】

(1) フォールダブル

(2) ワンピース

(3) スリーピース

問 14 使用メーカー数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	社	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	社	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	社
問 15 使用銘柄数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	種類	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	種類	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	種類
問 16 取引卸売業者数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	社	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	社	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	社
取引輸入販売業者数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	社	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	社	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	社
取引メーカー数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	社	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	社	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	社
問 17 年間購入数量	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	個	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	個	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	個
年間使用数量	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	個	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	個	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	個
問 18 年間購入総額	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	百万円	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	百万円	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	百万円

※問 16 のご記入にあたっては、実質的に価格交渉を行う卸売業者もしくは輸入販売業者（直接取引）やメーカー（直接取引）の数をご記入ください。

問 19 眼内レンズの各規格ごとに、その購入経路として該当する番号全てに○印をおつけください。

(1) フォールダブル

- 1 メーカー又は輸入販売業者から直接購入している
- 2 メーカー等の地域の販売代理店から購入している
- 3 卸売業者（1事業者のみ）を仲介させて購入している
- 4 複数の卸売業者（1次卸・2次卸…）を仲介させて購入している

(2) ワンピース

- 1 メーカー又は輸入販売業者から直接購入している
- 2 メーカー等の地域の販売代理店から購入している
- 3 卸売業者（1事業者のみ）を仲介させて購入している
- 4 複数の卸売業者（1次卸・2次卸…）を仲介させて購入している

(3) スリーピース

- 1 メーカー又は輸入販売業者から直接購入している
- 2 メーカー等の地域の販売代理店から購入している
- 3 卸売業者（1事業者のみ）を仲介させて購入している
- 4 複数の卸売業者（1次卸・2次卸…）を仲介させて購入している

問 20 眼内レンズの各規格ごとに、メーカーまたは輸入販売業者との直接取引について、今後のご意向をお答えください。

(1) フォールダブル

- 1 現状を維持
- 2 直接取引を現在よりも増やす／開始する
- 3 直接取引を現在よりも減らす／止める
- 4 特に考えていない

(2) ワンピース

- 1 現状を維持
- 2 直接取引を現在よりも増やす／開始する
- 3 直接取引を現在よりも減らす／止める
- 4 特に考えていない

(3) スリーピース

- 1 現状を維持
- 2 直接取引を現在よりも増やす／開始する
- 3 直接取引を現在よりも減らす／止める
- 4 特に考えていない

## 2. 医療用具・材料の購入決定のプロセスについてうかがいます。

問 21 眼内レンズの製品機種（銘柄）の選定においてどの部局の意見が主な反映されますか。該当する番号全てに○印をおつけください。

(1) フォールダブル

- |                     |            |
|---------------------|------------|
| 1 病院長               | 2 担当診療科の医師 |
| 3 担当診療科以外の医師        | 4 事務部門     |
| 5 薬剤部門              | 6 看護部門     |
| 7 その他の部門（臨床検査、放射線等） |            |

(2) ワンピース

- |                     |            |
|---------------------|------------|
| 1 病院長               | 2 担当診療科の医師 |
| 3 担当診療科以外の医師        | 4 事務部門     |
| 5 薬剤部門              | 6 看護部門     |
| 7 その他の部門（臨床検査、放射線等） |            |

(3) スリーピース

- |                     |            |
|---------------------|------------|
| 1 病院長               | 2 担当診療科の医師 |
| 3 担当診療科以外の医師        | 4 事務部門     |
| 5 薬剤部門              | 6 看護部門     |
| 7 その他の部門（臨床検査、放射線等） |            |

問 22 価格交渉の際に類似機能の製品機種（銘柄）がある場合、複数の製品機種（銘柄）間で価格比較を行っていますか。

(1) フォールダブル

- |  |
|--|
| 1 価格比較を行った上で条件の良い機種（銘柄）を購入している         |
| 2 価格比較を行っているが、購入する機種（銘柄）の決定にはあまり反映されない |
| 3 ほとんど比較していない                          |

(2) ワンピース

- |  |
|--|
| 1 価格比較を行った上で条件の良い機種（銘柄）を購入している         |
| 2 価格比較を行っているが、購入する機種（銘柄）の決定にはあまり反映されない |
| 3 ほとんど比較していない                          |

(3) スリーピース

- |  |
|--|
| 1 価格比較を行った上で条件の良い機種（銘柄）を購入している         |
| 2 価格比較を行っているが、購入する機種（銘柄）の決定にはあまり反映されない |
| 3 ほとんど比較していない                          |



【卸売業者との取引について】

(1) フォールダブル

- |                    |                |
|--------------------|----------------|
| 1 価格が安い            | 2 総取引高でディスカウント |
| 3 技術的支援がしっかりしているため |                |
| 4 昔からの取引先であるため     | 5 メーカーの指定であるため |
| 6 医師の指定であるため       |                |
| 7 その他 ( )          |                |
| 8 取引していない          |                |

(2) ワンピース

- |                    |                |
|--------------------|----------------|
| 1 価格が安い            | 2 総取引高でディスカウント |
| 3 技術的支援がしっかりしているため |                |
| 4 昔からの取引先であるため     | 5 メーカーの指定であるため |
| 6 医師の指定であるため       |                |
| 7 その他 ( )          |                |
| 8 取引していない          |                |

(3) スリーピース

- |                    |                |
|--------------------|----------------|
| 1 価格が安い            | 2 総取引高でディスカウント |
| 3 技術的支援がしっかりしているため |                |
| 4 昔からの取引先であるため     | 5 メーカーの指定であるため |
| 6 医師の指定であるため       |                |
| 7 その他 ( )          |                |
| 8 取引していない          |                |

問 25 同一の製品機種（銘柄）について、複数の仕入業者間で価格比較を行ったうえで仕入業者を選定していますか。

(1) フォールダブル

- |                                  |
|----------------------------------|
| 1 価格比較を行った上で条件の良い仕入業者を選定している     |
| 2 価格比較を行っているが、仕入業者の選定にはあまり反映されない |
| 3 複数の仕入業者はいるが、ほとんど比較していない        |
| 4 複数の仕入業者がいないため、比較できない           |

(2) ワンピース

- |                                  |
|----------------------------------|
| 1 価格比較を行った上で条件の良い仕入業者を選定している     |
| 2 価格比較を行っているが、仕入業者の選定にはあまり反映されない |
| 3 複数の仕入業者はいるが、ほとんど比較していない        |
| 4 複数の仕入業者がいないため、比較できない           |

(3) スリーピース

- |                                  |
|----------------------------------|
| 1 価格比較を行った上で条件の良い仕入業者を選定している     |
| 2 価格比較を行っているが、仕入業者の選定にはあまり反映されない |
| 3 複数の仕入業者はいるが、ほとんど比較していない        |
| 4 複数の仕入業者がいないため、比較できない           |



### 3. 医療用具・材料の購入条件についてうかがいます。

問 27 在庫の所有形態に該当する番号に○印をおつけください。なお、「1 買取」と回答された医療用具・材料については、買い取ったものの廃棄損となってしまうおおよその割合（金額ベースで）をご記入ください。

(1) フォールダブル

1 買取 ⇒廃棄損	<input type="text"/>	%程度	2 委託在庫
-----------	----------------------	-----	--------

(2) ワンピース

1 買取 ⇒廃棄損	<input type="text"/>	%程度	2 委託在庫
-----------	----------------------	-----	--------

(3) スリーピース

1 買取 ⇒廃棄損	<input type="text"/>	%程度	2 委託在庫
-----------	----------------------	-----	--------

下記の間 28～31 について、それぞれに該当する数値を【回答記入欄】へご記入ください。

問 28 平均的な病院の在庫数量を数値でご記入ください（委託在庫分も含む）。  
 問 29 購入数量について年間（または月間）の契約を締結していますか。  
 問 30 概ねの納入頻度について、該当する番号に○印をおつけください（複数の仕入業者から仕入れている場合には、取引の大きい方についてお答えください）。  
 問 31 仕入業者に対し、緊急に翌日または当日納入を要請することはありますか。

#### 【回答記入欄】

(1) フォールダブル

(2) ワンピース

(3) スリーピース

問 28 平均在庫量

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	個
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---

問 29 年間（月間）購入契約

1 締結している
2 締結していない

問 30 納入頻度

1 毎使用時
2 ほぼ毎日
3 週 1～2 回程度
4 週 1 回未満

問 31 緊急納入

1 有	2 無
-----	-----

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	個
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---

1 締結している
2 締結していない

1 毎使用時
2 ほぼ毎日
3 週 1～2 回程度
4 週 1 回未満

1 有	2 無
-----	-----

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	個
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---

1 締結している
2 締結していない

1 毎使用時
2 ほぼ毎日
3 週 1～2 回程度
4 週 1 回未満

1 有	2 無
-----	-----

#### 4. 仕入業者による附帯サービスについてうかがいます。

問 32 メーカーまたは輸入販売業者から何らかのサポートを受けていますか。該当する番号全てに○印をおつけください。

(1) フォールダブル

1 情報提供	2 24時間のバックアップ体制
3 術前準備等の補助	4 術中の立ち合い
5 術後の定期検診	6 廃棄物処理（血液付着物等）
7 伝票処理	8 学会開催・活動の支援
9 その他（                    ）	10 サポートは一切ない

(2) ワンピース

1 情報提供	2 24時間のバックアップ体制
3 術前準備等の補助	4 術中の立ち合い
5 術後の定期検診	6 廃棄物処理（血液付着物等）
7 伝票処理	8 学会開催・活動の支援
9 その他（                    ）	10 サポートは一切ない

(3) スリーピース

1 情報提供	2 24時間のバックアップ体制
3 術前準備等の補助	4 術中の立ち合い
5 術後の定期検診	6 廃棄物処理（血液付着物等）
7 伝票処理	8 学会開催・活動の支援
9 その他（                    ）	10 サポートは一切ない

問 33 卸売業者から何らかのサポートを受けていますか。該当する番号全てに○印をおつけください。

(1) フォールダブル

1 情報提供	2 24時間のバックアップ体制
3 術前準備等の補助	4 術中の立ち合い
5 術後の定期検診	6 廃棄物処理（血液付着物等）
7 伝票処理	8 学会開催・活動の支援
9 その他（                    ）	10 サポートは一切ない

(2) ワンピース

1 情報提供	2 24時間のバックアップ体制
3 術前準備等の補助	4 術中の立ち合い
5 術後の定期検診	6 廃棄物処理（血液付着物等）
7 伝票処理	8 学会開催・活動の支援
9 その他（                    ）	10 サポートは一切ない

(3) スリーピース

1 情報提供	2 24時間のバックアップ体制
3 術前準備等の補助	4 術中の立ち合い
5 術後の定期検診	6 廃棄物処理（血液付着物等）
7 伝票処理	8 学会開催・活動の支援
9 その他（                    ）	10 サポートは一切ない



問 34 仕入業者から、関連機器の無償貸与、関連製品の添付、製品サンプルの提供を受けることがありますか。該当する番号全てに○印をおつけください。

(1) フォールダブル

- |   |                   |
|---|-------------------|
| 1 | 関連計測機器の無償貸与       |
| 2 | 関連製品の添付           |
| 3 | 製品サンプルの提供         |
| 4 | その他 ( )           |
| 5 | 無償貸与、提供等は一切受けていない |

(2) ワンピース

- |   |                   |
|---|-------------------|
| 1 | 関連計測機器の無償貸与       |
| 2 | 関連製品の添付           |
| 3 | 製品サンプルの提供         |
| 4 | その他 ( )           |
| 5 | 無償貸与、提供等は一切受けていない |

(3) スリーピース

- |   |                   |
|---|-------------------|
| 1 | 関連計測機器の無償貸与       |
| 2 | 関連製品の添付           |
| 3 | 製品サンプルの提供         |
| 4 | その他 ( )           |
| 5 | 無償貸与、提供等は一切受けていない |

問 35 最後に、このアンケートにご記入された方の役職等について、該当する番号に○印をおつけください。なお、複数の方が分担してご記入された場合は、該当する番号全てに○印をおつけください。

- |   |         |   |          |
|---|---------|---|----------|
| 1 | 病院長     | 2 | 1以外の医師   |
| 3 | 事務長     | 4 | 3以外の事務職員 |
| 5 | その他 ( ) |   |          |

.....

以上でアンケートは終わりです。  
ご協力いただきまして、誠に有り難うございました。

医療機器の内外価格差に関する調査研究

平成 16 年 3 月

発行:財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会  
医療経済研究機構

〒100-0014 東京都千代田区永田町 1-5-7  
永田町荒木ビル

TEL : 03 (3506) 8529

FAX : 03 (3506) 8528