

(3) あなた又は家族のために市販薬を買う際の買い方について該当する番号に○をつけてください。

①以下の種類ごとに市販薬の買い方について番号に○をつけてください。

| 種類 | 常備（買い置き）している | 継続的に使用しており定期的に買う | 症状があれば買う | 市販薬を買うことはない |
|-----------------------|--------------|------------------|----------|-------------|
| a. 総合感冒薬（風邪薬） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b. せき止め薬 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| c. 鼻炎薬 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| d. 胃腸薬 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| e. 整腸薬・下痢止め | 1 | 2 | 3 | 4 |
| f. 解熱鎮痛剤（頭痛・歯痛・生理痛薬） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| g. ビタミン剤 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| h. 貼り薬（肩こり、腰痛、筋肉痛用など） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| i. 目薬（疲れ目用など） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| j. 目薬（炎症用など） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| k. 便秘薬 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| l. 塗り薬（かゆみ止め・虫刺され用など） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| m. 塗り薬（水虫用など） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| n. 痔疾用薬 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| o. ドリンク剤(医薬部外品を除く) | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | |
|---|---|
| ② 市販薬を買う際に主にどういう買い方をしますか。最も多い買い方を一つ選んでください。 | 1. 名前を指定して買う 2. 店舗で症状や目的を言って勧めてもらう 3. パッケージや店頭のご案内などを見て自分で選ぶ 4. その他（ ） |
|---|---|

(4) 市販薬について、副作用の経験やあなたが思っていることについて該当する番号に○をつけてください。

| | |
|--|---|
| <p>① あなたまたは身の回りの方で市販の医薬品による副作用の経験を持つ方はいらっしゃいますか。</p> | <p>1. 自分自身経験がある 2. 身の回りで経験者がいる 3. 自分自身も経験があるし、身の回りでも経験者がいる 4. 自分と身の回りに経験者はいない</p> |
|--|---|

② 市販薬についてどのように思っていますか。

| 項目 | そう思う | そう思わない | 分からない |
|---|------|--------|-------|
| <p>a. 医師が処方する医薬品と比較して、市販薬では副作用を生ずることはほとんどない</p> | 1 | 2 | 3 |
| <p>b. 医師が処方する医薬品と比較して、市販薬では服用する量や服用する時期を少しくらい守らなくてもほとんど危険はない。</p> | 1 | 2 | 3 |

(5) 普段市販薬を買う販売店について該当する番号に○をつけて下さい。

| | |
|---|--|
| <p>① 市販薬を最もよく買うのはどのような店ですか。</p> | <p>1. 薬局 2. 一般販売業 3. 薬種商販売業 4. 種類が分からない 5. 特に決まっていない (→(6)の質問へ)</p> |
| <p>② ①で1から4を選んだ方はその店名(最もよく利用するもの一つ)をご記入ください。 (正確でなくても結構です)</p> | |
| <p>③ ②の販売店では医薬品はどのように陳列されていますか。</p> | <p>1. 主に直接手の届かない棚やショーケースに陳列されている 2. 主に直接手にとって見ることができる場所に陳列されている 3. 手に触れられる場所と触れられない場所の両方に陳列されている</p> |
| <p>④ ②の販売店では医薬品を買う場合に薬剤師等から説明がありますか。</p> | <p>1. 必ず説明がある 2. ときどき説明がある 3. 説明を受けたことはほとんど(全く)ない</p> |
| <p>⑤ ④で2を選んだ方にうかがいます。どのように説明がありますか。(複数回答可)</p> | <p>1. 製品によって説明があつたりなかったりする 2. 従業員によって説明があつたりなかったりする 3. その他 ()</p> |
| <p>⑥ ②の販売店で薬剤師等から説明を受けた内容はどのようなものでしたか(複数回答可)</p> | <p>1. 効能・効果について 2. 飲み方(用法・用量)について 3. 副作用について 4. 使用者の年齢や健康状態に関する注意 5. 他の薬との併用についての注意 6. 保管方法についての注意 7. 価格について 8. 包装量(何錠入りか等) 9. その他 ()</p> |

| | |
|---|--|
| <p>⑦ ②の販売店で市販薬について相談した結果、医師への受診を勧められたことはありますか。</p> | <p>1. ある 2. ない</p> |
| <p>⑧ ②の販売店で、誰が専門家（薬剤師又は薬種商）であるか区別できますか。</p> <p>(①で1又は2を選んだ方は薬剤師について、①で3を選んだ方は薬種商について、①で4を選んだ方は専門家（薬剤師又は薬種商）についてご回答ください)</p> | <p>1. 区別できる 2. 区別できない 3. 専門家かどうか意識してみたことがない</p> |
| <p>⑨ ②の販売店に、専門家（薬剤師又は薬種商）はいると思いますか。</p> <p>(①で1又は2を選んだ方は薬剤師について、①で3を選んだ方は薬種商について、①で4を選んだ方は専門家（薬剤師又は薬種商）についてご回答ください)</p> | <p>1. 専門家はいつもいると思う 2. 専門家はときどきいると思う 3. 専門家はほとんどいないと思う 4. わからない</p> |

| | |
|--|---|
| <p>⑩ ②の販売店を現在選んでいる理由は何ですか。上位<u>3つまでを選んでください。</u></p> | <p>1. 気軽に質問・相談ができる 2. 薬の説明が十分でわかりやすい 3. 薬剤師や従業員の接客対応がよい 4. いつも同じ薬剤師や従業員が対応してくれる 5. 私の薬の記録を付け、健康・疾病の状況をわかってくれている 6. 健康や介護の相談にも応じてくれる 7. 価格が安い 8. 品揃えが豊富である 9. 自分にあった薬を選んでくれる 10. 薬を自由に選ぶことができる 11. 健康等に関するいろいろな情報(パンフレット等)を提供してくれる 12. 対応が迅速 13. 深夜や早朝に営業している 14. 自宅や勤務先から近い 15. 駐車場がある、又は駅から近いなど交通の便がよい 16. 店内が清潔で快適である 17. 高齢者や体の不自由な人に配慮している 18. その他 ()</p> |
|--|---|

(6) 配置薬について、該当する番号に○をつけてください。

| | |
|--|--|
| <p>① 配置薬が家にあり、利用していますか。</p> | <p>1. 家にあり、利用している 2. 家にあるが、あまり利用していない 3. 家がない→ (7) へ</p> |
| <p>② ①で1または2を選んだ方にうかがいます。配置員の訪問はどの程度の頻度ですか。</p> | <p>1. 年に1回未満、 2. 年に1回程度、 3. 年に2回程度、 4. 年に3回程度、 5. 年に4回程度、 6. 年に5回程度、 7. 年に6回以上、 8. 初の配置時以降全くない</p> |
| <p>③ ①で1または2を選んだ方にうかがいます。配置員の訪問時に、医薬品に関して説明がありますか。</p> | <p>1. 必ず説明がある 2. ときどき説明がある 3. 説明を受けたことはほとんど(全く)ない</p> |
| <p>④ ③で2を選んだ方にうかがいます。どのように説明がありますか。</p> | <p>1. 製品によりあるものとなないものがある 2. 配置員により説明があつたりなかつたりする 3. その他 ()</p> |

(7) 医薬品に関する説明や注意について、該当する番号に○をつけて下さい。

| | |
|--|---|
| <p>① あなたは市販薬を買う際に説明を受けたいと思いますか。</p> | <p>1. 必ず受けたい (→②もご回答ください) 2. 店のほうで注意が必要だと考えるものについては受けたい (→④へ) 3. こちらが希望する場合にのみ受けたい (→③もご回答ください) 4. 説明は必要ない (→⑤へ)</p> |
| <p>② ①の質問で1 (必ず受けたい) を選ばれた方は、その理由を選んでください (複数回答可)。</p> | <p>1. 高齢者だから 2. アレルギー体質だから 3. 持病があるから 4. 医薬品は危険性があると考えているから 5. 過去に医薬品による副作用の経験があるから 6. その他 ()</p> |
| <p>③ ①の質問で3 (希望する場合にのみ受けたい) を選ばれた方は、どのようなときに説明を希望しますか (複数回答可)。</p> | <p>1. その製品を初めて買う場合 2. 子供や高齢者など家族のために買う場合 3. 他の薬を飲んでいる場合 4. 妊娠しているまたは授乳中の場合 5. 時間のある場合 6. その他 ()</p> |
| <p>④ 医薬品についてどのような点について説明を受けたいと思いますか (複数回答可)。</p> | <p>1. 効能・効果について 2. 飲み方 (用法・用量) について 3. 副作用について 4. 使用者の年齢や健康状態に関する注意 5. 他の薬との併用についての注意 6. 保管方法についての注意 7. 価格について 8. 包装量 (何錠入りか等) 9. その他 ()</p> |

| | |
|---|---|
| <p>⑤ 使用した市販の医薬品で副作用が疑われる場合や、効能・効果に疑問があり自分や家族で判断に困った時、誰に相談しましたか。(複数回答可)。</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. 購入した販売店 2. 薬剤師 3. 医師 4. 製薬企業 5. 本やインターネットで調べる 6. 相談しなかった 7. そのような経験はない |
| <p>⑥ 医薬品を買う前に、外箱に書かれている注意事項を読みますか。</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. いつも読む 2. ときどき読む 3. その医薬品をはじめて使う時にだけ読む 4. ほとんど(全く)読まない |
| <p>⑦ 医薬品を使用する前に薬に添付されている文書を読みますか。</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. いつも読む 2. ときどき読む 3. その医薬品をはじめて使う時にだけ読む 4. ほとんど(全く)読まない |
| <p>⑧ 医薬品を使用する前に薬に添付されている文書の副作用に関する記述を読みますか。</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. いつも読む 2. ときどき読む 3. その医薬品をはじめて使う時にだけ読む 4. ほとんど(全く)読まない |
| <p>⑨ 医薬品を使用する前に外箱又は薬に添付されている文書の効能・効果に関する記述を読みますか。</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. いつも読む 2. ときどき読む 3. その医薬品をはじめて使う時にだけ読む 4. ほとんど(全く)読まない |
| <p>⑩ 医薬品を使用する前に外箱又は薬に添付されている文書の用法・用量に関する記述を読みますか。</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. いつも読む 2. ときどき読む 3. その医薬品をはじめて使う時にだけ読む 4. ほとんど(全く)読まない |

(8) 市販薬（大衆薬）に関する注意事項などについて以下のようなことをご存知でしたか。それぞれの項目について該当する番号に○を付けてください。

| 項目 | 知っていた | 聞いたことはあるが詳しくは知らない | 知らなかった |
|---|-------|-------------------|--------|
| a. 妊娠中に医薬品を服用すると、服用時期によっては胎児に影響を及ぼすことがある | 1 | 2 | 3 |
| b. 授乳期間中に医薬品を服用すると、母乳を通じて子供に影響を及ぼすことがある | 1 | 2 | 3 |
| c. 一般に市販されている医薬品でも、まれに重大な副作用が発生することがある | 1 | 2 | 3 |
| d. 医薬品を服用中に他の医薬品を服用すると互いに影響しあって副作用を生ずることがある | 1 | 2 | 3 |
| e. 一つの医薬品でアレルギーを起こした人は、他の医薬品でもアレルギーを起こしやすい | 1 | 2 | 3 |

以下の質問には店舗の責任者をご記入ください。なお、この調査は、個別の店舗に対する行政上の監視指導のために行うものではありません。

(1) 店舗の営業状況等についてご記入ください。選択式の回答は該当する番号に○を付けてください。

| | | | | | | | | | |
|--|-------------------------|--|--|----|---|--------|--|--|--|
| ①薬局又は販売業の種類 | | 1. 薬局、 2. 一般販売業、 3. 薬種商販売業 | | | | | | | |
| ②所在地の郵便番号 | | | | | — | | | | |
| ③販売規模 | a. 一月あたり一般用医薬品売上高 | | | | | 万円 | | | |
| | b. 一月あたり医薬部外品売上高 | | | | | 万円 | | | |
| | c. 一月あたり調剤報酬請求額 | | | | | 万円 | | | |
| | d. その他の製品の売上高 | | | | | 万円 | | | |
| ④売り場面積 | a. 一般用医薬品のための売り場面積 | | | | | 平方メートル | | | |
| | b. 一般用医薬品以外の製品のための売り場面積 | | | | | 平方メートル | | | |
| ⑤営業日 | | 1. 週5日以下、 2. 週6日、 3. 月あたり2回程度休業、 4. 年中無休、 5. 左記以外または不定休 | | | | | | | |
| ⑥通常営業している時間帯（朝6時から翌朝6時までの間で営業している時間帯について、下の点線部分をなぞって横線を引いてください） | | | | | | | | | |
| 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5 6 | | | | | | | | | |
| ⑦一日の平均営業時間 | | | | 時間 | | | | | |

| | | | | | | | |
|----------------|-------------------------------|---|--|--|----|----|----|
| ③取扱い品目等（複数回答可） | | 1. 一般用医薬品、 2. 医薬部外品、 3. 調剤、 4. 化粧品、 5. サプリメント・健康食品等、 6. 雑貨 | | | | | |
| ⑨取り扱い品目数 | 一般用医薬品 | 約 | | | | | 品目 |
| | 指定医薬品 （薬局・一般販売業者のみお答えください） | 約 | | | 品目 | | |
| | 医薬部外品 | 約 | | | | 品目 | |

(2) あなた（回答者）ご自身についてお答えください。

| | | | |
|---|--|--|---|
| ① あなたはいずれに該当しますか。 | 1. 薬剤師 2. 薬種商（薬種商販売業の許可取得者（法人の場合は役員））（1を除く） 3. その他 | | |
| ② 他の店舗における経験も含め、医薬品販売におけるあなたの経験年数（一年未満切り捨て）についてa、b、cそれぞれ記入してください。 | a. 薬局での経験 | | 年 |
| | b. 医薬品販売業での経験 | | 年 |
| | c. a又はbの経験のうち現在の店舗での経験 | | 年 |

(3) 販売方法等について該当する番号に○をつけてください。

| | | | |
|--|---|-----------------------------|----------|
| <p>① 店舗において医薬品（その他の商品は除く）はどのように陳列していますか。</p> | <p>1. 主に直接手の届かない棚やショーケースに陳列されている</p> <p>2. 主に直接手にとって見ることができる場所に陳列されている</p> <p>3. 手に触れられる場所と触れられない場所の両方に陳列されている</p> | | |
| <p>② 医薬部外品や健康食品を医薬品と分けて陳列していますか。（複数回答可）</p> | <p>1. 医薬品とは異なる棚に陳列</p> <p>2. 医薬品と同じ棚であるが、異なる段に陳列</p> <p>3. 医薬品と同じ棚・段であるが、仕切を設けて陳列</p> <p>4. 医薬品と同じ棚・段であるが、整理整頓して陳列</p> <p>5. 分けていない</p> <p>6. その他</p> | | |
| <p>③ 一般用医薬品のカタログ販売を行っていますか。</p> <p>(3を選択された場合は、具体的な数値をお書きください)</p> | <p>1. 行っていない、</p> <p>2. 行っている（売上の1%未満）、</p> <p>3. 行っている（売上の1%以上）</p> | | |
| <p>④ 一般用医薬品のインターネット販売を行っていますか</p> <p>(3を選択された場合は、具体的な数値をお書きください)</p> | <p>1. 行っていない、</p> <p>2. 行っている（売上の1%未満）、</p> <p>3. 行っている（売上の1%以上）</p> | | |
| <p>売上の約</p> | <p><input type="text"/></p> | <p><input type="text"/></p> | <p>%</p> |
| <p>売上の約</p> | <p><input type="text"/></p> | <p><input type="text"/></p> | <p>%</p> |

⑤カタログ販売またはインターネット販売を行っている場合どのような品目（医薬部外品を除く）を対象としていますか。該当する品目の番号に○を付けてください（それぞれ複数回答可）。

| 種類 | カタログ販売 | インターネット販売 |
|-----------------------------|--------|-----------|
| a. 下表の品目 | 1 | 2 |
| b. 総合感冒薬（風邪薬） | 1 | 2 |
| c. せき止め薬 | 1 | 2 |
| d. 鼻炎薬 | 1 | 2 |
| e. 胃腸薬（aを除く） | 1 | 2 |
| f. 整腸薬・下痢止め（aを除く） | 1 | 2 |
| g. 解熱鎮痛剤（頭痛・歯痛・生理痛薬） | 1 | 2 |
| h. 貼り薬（肩こり、腰痛、筋肉痛用など）（aを除く） | 1 | 2 |
| i. 目薬（疲れ目用など） | 1 | 2 |
| j. 目薬（炎症用など） | 1 | 2 |
| k. 便秘薬（aを除く） | 1 | 2 |
| l. 塗り薬（かゆみ止め・虫刺され用など）（aを除く） | 1 | 2 |
| m. 塗り薬（水虫用など）（aを除く） | 1 | 2 |
| n. 痔疾用薬（aを除く） | 1 | 2 |

(表)

| 分類 | 薬効群 |
|---------|--|
| 呼吸器官用薬 | 含そう薬 |
| 消化器官用薬 | 胃腸薬(胃腸鎮痛鎮痙薬を除く。)、瀉下薬(ヒマシ油類を除く。)、浣腸薬 |
| 歯科口腔用薬 | 口腔咽喉薬、歯痛・歯槽膿漏薬 |
| 肛門用薬 | 痔疾用薬(ステロイド含有製剤を除く。) |
| 外皮用薬 | 殺菌消毒薬、鎮痛、鎮痒・収れん・消炎薬(ステロイド含有製剤を除く。)、しもやけ・あかぎれ用薬、寄生性皮膚病薬、皮膚軟化薬 |
| 滋養強壮保健薬 | ビタミン主薬製剤、ビタミン含有保健薬(総合ビタミン剤等)、カルシウム主薬製剤、生薬主薬製剤(人參・紅參主薬製剤に限る。) |

(注) 上記医薬品のうち、(1)承認基準が定められているものにあつては、当該基準外のもの、(2)指定医薬品、(3)新一般用医薬品及び(4)分服内用液剤は、除く。

(4) 店舗の従業員の状況について該当する番号に○を付けてください。

| | |
|---|--|
| ①勤務従業員数（常勤換算） | 1. 1名、 2. 2名、 3. 3名、 4. 4～5名 5. 6名以上 |
| ②常勤の従業員数 | 1. 0名、 2. 1名、 3. 2名、 4. 3名、 5. 4～5名、 6. 6名以上 |
| ③勤務薬剤師数（常勤換算） | 1. 0名、 2. 1名、 3. 2名、 4. 3名、 5. 4～5名、 6. 6名以上 |
| ④常勤の薬剤師数 | 1. 0名、 2. 1名、 3. 2名、 4. 3名、 5. 4～5名、 6. 6名以上 |
| ⑤ 薬剤師や薬種商であることを名札や着衣等で他の従業員と区別して、消費者からみてわかるようにしていますか。 | 1. 着衣を区別している 2. 名札等を着用している 3. 特に区別はしていない 4. その他（ ） |
| ⑥ 薬剤師や薬種商および従業員に対する教育はどのような方法で行っていますか（自由記入）。 | |
| ⑦ 医薬品を販売している営業時間全体に占める薬剤師又は薬種商の配置時間の割合はどのくらいですか。 | 1. 10割、 2. 10割未満～9割以上、 3. 9割未満～8割以上、 4. 8割未満～7割以上、 5. 7割未満～6割以上、 6. 6割未満～5割以上、 7. 5割未満 |

(5) 情報提供・相談の状況について該当する番号に○を付けてください

| | | | |
|--|---|--|----------|
| <p>① 医薬品を販売する場合にどのように説明を行っていますか。</p> | <p>1. 必ず説明する 2. 製品に応じて必要があれば行う 3. 消費者の健康状態を見聞きして必要があれば行う 4. 消費者が求めた場合に行う 5. 特に説明は行っていない (→⑤の質問へ)</p> | | |
| <p>② ①で2～4を選んだ方はお答えください。説明を行う消費者の割合(説明を行う購入者/全購入者)はどれくらいですか(約何割かでご記入ください)。</p> | <p>約</p> | | <p>割</p> |
| <p>③ 医薬品の説明は誰が行っていますか。 (時間帯、店舗状況によって異なる場合は複数回答可)</p> | <p>1. 必ず薬剤師又は薬種商が行う 2. 主に店員が行い、必要があれば薬剤師又は薬種商が行う 3. 居合わせた者が行う</p> | | |
| <p>④ 消費者への説明の内容はどのようなものですか(主なもの3つまで)。</p> | <p>1. 効能・効果について 2. 飲み方(用法・用量)について 3. 副作用について 4. 使用者の年齢や健康状態に関する注意 5. 他の薬との併用についての注意 6. 保管方法等に関する注意 7. 価格について 8. 包装量(何錠入りか等) 9. その他()</p> | | |
| <p>⑤ 販売した医薬品について事後の消費者からの相談はどの程度ありますか。</p> | <p>1. ほとんどない 2. 月平均1～5件 3. 月平均6件から10件程度 4. 月平均11件から20件程度 5. 月平均21件から30件程度 6. 月平均31件以上</p> | | |

| | |
|---|---|
| <p>⑥ 販売した医薬品について事後の消費者からの相談はどのようなものですか（最も多いもの2つまで）。</p> | <p>1. 副作用について 2. 使用上の注意について 3. 市販薬の効き具合について 4. 品質についてのクレームや質問 5. 他の薬との併用について 6. その他（ ）</p> |
| <p>⑦ 消費者への医薬品の説明はどうあるべきだと思いますか。</p> | <p>1. 必ず説明する 2. 製品に応じて必要があれば行う 3. 消費者の健康状態を見たり、聞いたりして必要があれば行う 4. 消費者が求めた場合に行う 5. 特に説明の必要はない 6. その他（ ）</p> |
| <p>⑧ ⑦の質問で2（製品に応じて必要があれば行う）を選ばれた方は、特に、どの製品群で説明が必要と考えていますか。 （主なもの5つまで）</p> | <p>1. 総合感冒薬（風邪薬）、 2. せき止め薬、 3. 鼻炎薬、 4. 胃腸薬、 5. 整腸薬・下痢止め、 6. 解熱鎮痛剤（頭痛・歯痛・生理痛薬）、 7. ビタミン剤、 8. 貼り薬（肩こり、腰痛、筋肉痛用など）、 9. 目薬（疲れ目用など）、 10. 薬（炎症用など）、 11. 便秘薬、 12. 塗り薬（かゆみ止め・虫刺され用など）、 13. 塗り薬（水虫用など）、 14. 痔疾用薬、 15. ドリンク剤（医薬部外品を除く）</p> |
| <p>⑨ 過去1年間に、消費者から市販薬について相談を受けた結果、その症状等によって、医師への受診を勧めたことはありますか。</p> | <p>1. ある 2. ない</p> |

以下の質問には配置薬販売の責任者をご記入ください。なお、この調査は、個別の販売業者に対する行政上の監視指導のために行うものではありません

(1) 営業状況等についてご記入ください。選択式の回答は該当する番号に○を付けてください。

| | | | | | | | | |
|----------------|------------------------|---|--|------|--|--|--|----|
| ①所在地の郵便番号 | | — | | | | | | |
| ②販売規模 | a.一月あたり配置販売品目売上(代金回収)額 | | | | | | | 万円 |
| | b.一月あたり医薬部外品売上高 | | | | | | | 万円 |
| | c.その他の製品の売上高 | | | | | | | 万円 |
| ③許可を受けている都道府県数 | | | | 都道府県 | | | | |
| ④顧客数(配置先の家庭の数) | | | | | | | | 件 |
| ⑤平均的な訪問頻度 | | 1. 年に1回未満、 2. 年に1回程度、 3. 年に2回程度、 4. 年に3回程度、 5. 年に4回程度、 6. 年に5回程度、 7. 年に6回以上、 8. 最初の配置以降全くない | | | | | | |
| ⑥取扱い品目(複数回答可) | | 1. 配置販売品目、 2. 医薬部外品、 3. 化粧品、 4. サプリメント・健康食品等、 5. 雑貨 | | | | | | |
| ⑦取り扱い品目数 | 配置販売品目 | 約 | | | | | | 品目 |
| | 医薬部外品 | 約 | | | | | | 品目 |

(2) あなた（回答者）ご自身についてお答えください。

| | | | |
|--|---|--|---|
| ① あなたはいずれに該当しますか。 | 1. 配置薬販売業の許可取得者(法人の場合は役員) (2を除く) 2. 薬剤師 3. その他 | | |
| ② 他の販売業における経験も含め、医薬品販売におけるあなたの経験年数（一年未満切り捨て）を記入してください。 | a. 薬局での経験 | | 年 |
| | b. 薬局以外の店舗販売の経験 | | 年 |
| | c. 配置薬販売業での経験 | | 年 |

(3) 従業員の状況について該当する番号に○を付けてください。

| | | | |
|--|--------------------------|--|---|
| ① 配置従事者数 | | | 名 |
| ② 配置従事者の身分証明書を訪問家庭の消費者からみてわかるようにさせていますか。 | 1. させている 2. 特にさせてはいない | | |
| ③ 配置従事者に対する教育はどのような方法で行っていますか（自由記入）。 | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

(4) 情報提供・相談の状況について該当する番号に○を付けてください。

| | |
|----------------------------------|---|
| ① 配置従事者の訪問時に、医薬品に関して、説明を行っていますか。 | 1. 必ず説明する 2. 製品に応じて必要があれば行う 3. 消費者の健康状態を見たり、聞いたりして必要があれば行う 4. 消費者が求めた場合に行う 5. ほとんど(全く)説明は行っていない |
|----------------------------------|---|