岩手県学校薬剤師部会
会員　各位

岩手県学校薬剤師部会会員へのアンケート（1枚/学校・認定こども園）

学校名：公立・私立　　（支部：　　）学校薬剤師名：

1、環境衛生検査実施について令和4年度の実施状況と、未実施や省略の場合はその理由をご記入ください。

検査項目	実施状況	備考（未実施・省略の理由等）
①照度	実施・未実施・省略	
②温度・湿度・CO_2濃度	実施・未実施・省略	
③水泳プール検査	実施・未実施・省略	
④学校への情報提供・問い合わせ対応（メール・FAX含む）	実施・未実施・省略	
⑤給食室または給食センター検査	実施・未実施・該当なし	
⑥薬物乱用防止教室	実施・未実施・省略	
⑦学校の清潔、ネズミ・衛生害虫など	実施・未実施・省略	
⑧キシレン	実施・未実施・省略	
⑨ダニ・アレルゲン	実施・未実施・省略	

2、担当校または市町村教育委員会が保有している学校環境検査機器にはどのようなものがありますか？

該当するものに〇をつけてください。記載以外のものがある場合はその他の項目に記載してください。

①照度計　②騒音計　③気体採取機　④黒板検査色票
⑤エアーサンプリングポンプ　⑥残留塩素測定器
⑦アスマン通風計（または温度湿度を0.5度目盛で測定できる機器）
⑧その他（　　）

3、学校薬剤師の年間の報酬額　約（　　）円

※学校への訪問回数によって報酬が計算されている場合は分かる範囲でよいので内訳をご記入ください。

約（基本の報酬　　円＋訪問1回毎　　円×　　回）

4、県学校薬剤師部会からの学校薬剤師活動に関する情報はどのように得ていますか？
該当するものに〇をつけてください。（複数回答可）

①支部長からのFAX・メール　②県薬剤師会ホームページ
③その他（　　）
④情報を得ていない

また、今後どのような方法で情報を得ることを希望するか、お考えがあればご記入ください。（複数回答可）

①メール　②FAX　③郵送　④SNS（県薬剤師会Facebookなど）
⑤その他（　　）

5、貴会会員の支部においてどのような検査機器や情報が必要だと思われますか？

（　　）

6、今後、学薬活動されるうえで気になっていること・要望・ご意見をお聞かせください。

（　　）

ご不明点は学校薬剤師部会 部会長 畑澤昌美
mailアドレス:hatazawa@nifty.com または 下ノ橋薬局 019-604-0234までお願いいたします。

ご協力ありがとうございました。