

京都市立病院事業者訪問規程

(目的)

第1条 この規程は、京都市立病院（以下「病院」という）において、製薬会社MR並びに診療材料及び医療機器の取扱事業者（以下「事業者」という。）の訪問活動を公平かつ円滑に行うために必要な事項を定めるものとする。

(事業者の事前登録)

第2条 事業者は、病院職員を訪問し活動する場合は、事前に訪問許可申請書（別紙様式1）を院長に提出し、許可を受けなければならない。担当者の変更が生じた場合も同様とし、許可を受けていない者の訪問活動は、認めない。

2 院長は、前項の申請があったときは、病院運営に支障があると認められる場合を除き、許可するものとする。

3 院長は、前項の規定により許可する場合は、訪問許可書（別紙様式2）を発行するとともに、事業者登録簿（別紙様式3）に必要事項を記載し、管理するものとする。

4 第1項の規定は、物品等の納入又は修繕等のために病院を訪問する事業者及び病院職員からの緊急の依頼に応じて初めて訪問する事業者には適用しない。

(訪問時の対応)

第3条 事業者は、病院を訪問した場合は、新館1階警備室において事業者訪問記録簿（別紙様式4）に必要事項を記入のうえ、製薬会社MRは赤色の丸名札を、その他の事業者は青色の丸名札を胸に着用するものとする。

2 訪問時間は、原則として毎週火曜、木曜日の午後4時から午後6時までとする。ただし、病院職員の依頼に応じて訪問する場合は、この限りでない。

3 訪問場所は、本館5階面談スペース及び薬剤科執務（D I）室とし、外来待合、診察室、病棟階等での活動及び待機は、原則として禁止する。

4 訪問活動が終了した場合は、新館1階警備室に丸名札を返却し、事業者訪問記録簿に退出時間を記入のうえ、退出するものとする。

5 医師への面会を行う事業者は、医薬品情報活動訪問予約申請書（別紙様式5）を提出し、事前に訪問の予約を行うこと。

(訪問時の注意事項)

第4条 事業者は、院内での訪問活動に当たり、次の事項に十分注意しなければならない。

- (1) 訪問活動に当たり、診療行為の妨げになるような行為、定められた場所以外での訪問活動等、病院運営に支障となる行為は行わないこと。
- (2) 訪問中は、前条に定める丸名札とともに、会社名及び氏名等を記載した名札を着用すること。
- (3) 訪問活動は、最小限の人員で行うこと。また、不特定又は複数の職員への活動は行わないこと。

- (4) 訪問中は、病院職員の指示に従うこと。
- (5) 前各号の事項に違反した場合は、訪問許可を取り消すことがある。

附 則

(施行期日)

- 1 この規程は、平成23年4月1日から施行する。
この規程は、平成25年12月9日から施行する。
この規程は、平成26年8月5日から施行する。

(関係規程の廃止)

- 2 京都市立病院におけるMR訪問規程（平成20年9月10日）は、廃止する。

(別紙様式1)

訪問許可申請書

平成 年 月 日

京都市立病院長 様

申請者

住 所

法 人 名

代表者名

印

京都市立病院事業者訪問規程第2条に基づき、下記のとおり訪問許可を申請します。
訪問活動に際しては、京都市立病院事業者訪問規程を遵守します。

記

訪 問 者 (訪問者交代の場合 は前任者の氏名)	部署： 役職： 氏名： (前任者氏名：)
連 絡 先	
主な訪問先	
主 な 訪 問 目 的 ・ 内 容	

病院使用欄

申請番号：

許可番号：

訪問許可書

平成 年 月 日

様

京都市立病院

院長 内藤 和世

京都市立病院事業者訪問規程第2条に基づき、下記のとおり訪問活動を許可します。
訪問活動に際しては、京都市立病院事業者訪問規程（裏面参照）を遵守することとし、違反した場合は、許可を取り消します。

記

許可番号	第 号
訪問者 (訪問者交代の場合 は前任者の氏名)	部署： 役職： 氏名： (前任者氏名：)
連絡先	
主な訪問先	
主な訪問 目的・内容	

病院使用欄

申請番号：

事業者登録簿

許可番号	許可年月日	申請番号	申請年月日	会社名	部署・役職	担当者名	連絡先	備考
1	年 月 日		年 月 日					
2	年 月 日		年 月 日					
3	年 月 日		年 月 日					
4	年 月 日		年 月 日					
5	年 月 日		年 月 日					
6	年 月 日		年 月 日					
7	年 月 日		年 月 日					
8	年 月 日		年 月 日					
9	年 月 日		年 月 日					
10	年 月 日		年 月 日					
11	年 月 日		年 月 日					
12	年 月 日		年 月 日					
13	年 月 日		年 月 日					
14	年 月 日		年 月 日					
15	年 月 日		年 月 日					

事業 者 訪 問 記 録 簿

(別紙様式4)

年 月 日	訪問 時間	許可 番号	会 社 名	担 当 者 名	訪 問 先 ・ 職 員	訪 問 目 的 ・ 内 容	名 札 番 号	退 出 時間
年 月 日	：						赤・青 番	：
年 月 日	：						赤・青 番	：
年 月 日	：						赤・青 番	：
年 月 日	：						赤・青 番	：
年 月 日	：						赤・青 番	：
年 月 日	：						赤・青 番	：
年 月 日	：						赤・青 番	：
年 月 日	：						赤・青 番	：
年 月 日	：						赤・青 番	：
年 月 日	：						赤・青 番	：
年 月 日	：						赤・青 番	：
年 月 日	：						赤・青 番	：
年 月 日	：						赤・青 番	：
年 月 日	：						赤・青 番	：

※1 許可番号欄は、訪問許可書の許可番号を記載してください。
 2 製薬会社MRは赤色，その他の事業者は青色の名札を着用してください。

