

## 薬局機能情報報告書

年 月 日

宮崎県知事 殿

住 所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏 名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

薬 局 名（ ）

許 可 番 号（ ）

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第8条の2第1項の規定により、下記のとおり薬局に関する情報を報告します。

## 記

報 告 区 分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 変更（基本情報）	<input type="checkbox"/> 定期報告（年1回）
---------	-----------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

## 第1 管理、運営、サービス等に関する事項

## 1 基本情報

## (1) 薬局の名称

フリガナ	
名 称	
ローマ字	

## (2) 薬局開設者

（法人にあつては、名称及び代表者の氏名。株式会社等の表記を略さないこと。）

フリガナ	
開設者氏名	

## (3) 薬局の管理者

フリガナ	
管理者氏名	

## (4) 薬局の所在地

郵便番号	
フリガナ	
所在地	
英語表記	

(5) 電話番号及びファクシミリ番号

営業日の開店時間内	電話番号
	F A X 番号
開 店 時 間 外	電話番号
	F A X 番号

(6) 営業日及び開店時間

営業日・開店時間 (例 8:30~19:00等) (開店曜日にレを入れて ください)	<input type="checkbox"/> 月曜日 ( : ~ : )
	<input type="checkbox"/> 火曜日 ( : ~ : )
	<input type="checkbox"/> 水曜日 ( : ~ : )
	<input type="checkbox"/> 木曜日 ( : ~ : )
	<input type="checkbox"/> 金曜日 ( : ~ : )
	<input type="checkbox"/> 土曜日 ( : ~ : )
	<input type="checkbox"/> 日曜日 ( : ~ : )
開店時間外で相談で きる時間 (例 19:00~8:30等) (相談できる曜日にレを入 れてください)	<input type="checkbox"/> 月曜日 ( : ~ : )
	<input type="checkbox"/> 火曜日 ( : ~ : )
	<input type="checkbox"/> 水曜日 ( : ~ : )
	<input type="checkbox"/> 木曜日 ( : ~ : )
	<input type="checkbox"/> 金曜日 ( : ~ : )
	<input type="checkbox"/> 土曜日 ( : ~ : )
	<input type="checkbox"/> 日曜日 ( : ~ : )
特 別 な 休 業 日	(年末年始、お盆、第3〇曜日等)

(7) 地域連携薬局の認定の有無

地域連携薬局の認定	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
-----------	---

(8) 専門医療機関連携薬局の認定の有無及び認定の区分

専門医療機関連携薬局の認定 (有の場合、認定を受けた傷病の区分)	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ( )
-------------------------------------	--

2 薬局へのアクセス

(1) 薬局までの主な利用交通手段

最寄り駅やバス停 (徒歩での所要時間)	から徒歩 ( ) 分
------------------------	------------

(2) 薬局の駐車場

駐 車 場 の 有 無	<input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 有料 <input type="checkbox"/> 無料)	駐車台数	台
	<input type="checkbox"/> 無 (最寄りに <input type="checkbox"/> 無料、 <input type="checkbox"/> 有料駐車場あり)	駐車台数	台

(3) ホームページアドレス (URL)

http://
<input type="checkbox"/> 有料 <input type="checkbox"/> 無料

(4) 電子メールアドレス

--

3 薬局サービス等

(1) 健康サポート薬局である旨の表示の有無

健康サポート薬局である旨の表示	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
-----------------	---

(2) 相談に対する対応の可否

対応可能な 相談内容 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> お薬相談	<input type="checkbox"/> 漢方相談
	<input type="checkbox"/> 禁煙相談	<input type="checkbox"/> 介護相談
	<input type="checkbox"/> 公衆衛生相談	<input type="checkbox"/> 育児相談
	<input type="checkbox"/> 誤飲・誤食等の中毒相談	<input type="checkbox"/> 健康相談
	<input type="checkbox"/> その他 (                      )	

(3) 薬剤師不在時間の有無

薬剤師不在時間	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
---------	---

(4) 対応することができる外国語の種類

(複数選択可)	レベル及び事前連絡の要否				
	<input type="checkbox"/> 英語	<input type="checkbox"/> 片言	<input type="checkbox"/> 日常会話	<input type="checkbox"/> 母国語	<input type="checkbox"/> 事前連絡必要
	<input type="checkbox"/> ハングル (韓国・朝鮮語)	<input type="checkbox"/> 片言	<input type="checkbox"/> 日常会話	<input type="checkbox"/> 母国語	<input type="checkbox"/> 事前連絡必要
	<input type="checkbox"/> 広東語	<input type="checkbox"/> 片言	<input type="checkbox"/> 日常会話	<input type="checkbox"/> 母国語	<input type="checkbox"/> 事前連絡必要
	<input type="checkbox"/> 北京語	<input type="checkbox"/> 片言	<input type="checkbox"/> 日常会話	<input type="checkbox"/> 母国語	<input type="checkbox"/> 事前連絡必要
	<input type="checkbox"/> 台湾語	<input type="checkbox"/> 片言	<input type="checkbox"/> 日常会話	<input type="checkbox"/> 母国語	<input type="checkbox"/> 事前連絡必要
	<input type="checkbox"/> その他	対応外国語 (                      )			
		対応外国語 (                      )			

(5) 障がい者に対する配慮

聴覚障がい者に対するサービス (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 手話による服薬指導が可能	<input type="checkbox"/> 事前連絡必要
	<input type="checkbox"/> 画面表示による服薬指導が可能	<input type="checkbox"/> 事前連絡必要
	<input type="checkbox"/> 筆談や文書による服薬指導が可能	<input type="checkbox"/> 事前連絡必要
	<input type="checkbox"/> その他 (                      )	<input type="checkbox"/> 事前連絡必要
視覚障がい者に対するサービス (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 薬袋への点字表示が可能	<input type="checkbox"/> 事前連絡必要
	<input type="checkbox"/> 薬剤への点字表示が可能	<input type="checkbox"/> 事前連絡必要
	<input type="checkbox"/> 服薬指導文書への点字表示が可能	<input type="checkbox"/> 事前連絡必要
	<input type="checkbox"/> 音声案内	<input type="checkbox"/> 事前連絡必要
	<input type="checkbox"/> その他 (                      )	<input type="checkbox"/> 事前連絡必要

(6) 車椅子の利用者に対する配慮

車椅子での来局 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> スロープの設置
	<input type="checkbox"/> 手すりの設置
	<input type="checkbox"/> 身体障がい者用トイレの設置
	<input type="checkbox"/> 車椅子利用者用駐車場の完備
	<input type="checkbox"/> 点状ブロックの設置
	<input type="checkbox"/> 昇降機の設置
	<input type="checkbox"/> その他 (                      )
	<input type="checkbox"/> 可
<input type="checkbox"/> 否	

#### 4 費用負担

##### (1) 医療保険及び公費負担等の取扱い

健康保険法に基づく保険薬局としての指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
生活保護法に基づく指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に基づく指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
戦傷病者特別援護法に基づく指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
公害健康被害の補償等に関する法律に基づく指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
原子爆弾被害者に対する援護に関する法律に基づく指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定の有無（精神通院医療）	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定の有無（育成医療・更生医療）	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
労働者災害補償保険法に基づく指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
児童福祉法に基づく指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
難病の患者に対する医療等に関する法律に基づく指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無

##### (2) クレジットカードによる料金の支払の可否

料金支払いの可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
利用可能な種類	取扱カードの種類 ( )

#### 第2 提供サービスや地域連携体制に関する事項

##### 1 業務内容、提供サービス

(1) 認定薬剤師の種類及び人数（認定団体を記載の上、公益社団法人薬剤師認定制度認証機構（CPC）の認証機関において認定を受けたものについては、（認定団体（CPC認証））と記入すること。）

中立的かつ公共性のある団体により認定され、又はそれらと同等の制度に基づいて認定された薬剤師をいう。	<input type="checkbox"/> 研修認定薬剤師（公益財団法人日本薬剤師会研修センター（CPC認証）） ( ) 人
	<input type="checkbox"/> 漢方薬・生薬認定薬剤師（公益財団法人日本薬剤師会研修センター） ( ) 人
	<input type="checkbox"/> 認定実務実習指導薬剤師（公益財団法人日本薬剤師会研修センター） ( ) 人
	<input type="checkbox"/> その他 ( ) ( ) 人
	<input type="checkbox"/> その他 ( ) ( ) 人
	<input type="checkbox"/> その他 ( ) ( ) 人
	<input type="checkbox"/> その他 ( ) ( ) 人
	<input type="checkbox"/> その他 ( ) ( ) 人

##### (2) 健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師の人数

健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師の人数	( ) 人
--------------------------	-------

##### (3) 薬局の業務内容

①無菌製剤処理に係る調剤の実施の可否（無菌製剤処理届出施設）	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
②無菌製剤処理に係る調剤の実施の可否（他の薬局の無菌調剤室を利用する無菌製剤処理届出施設）	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
③一包化薬に係る調剤の実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
④麻薬に係る調剤の実施の可否（麻薬調剤が可能な麻薬小売業免許取得施設）	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
⑤浸煎薬及び湯薬に係る調剤の実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否



## (7) 医療を受ける者の居宅等において行う調剤業務の実施件数

延べ件数（実数）	( ) 件
----------	-------

## (8) 健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師が地域ケア会議その他地域包括ケアシステムの構築のための会議に参加した回数

回数（実数）	( ) 回
--------	-------

## (9) 患者の服薬状況等を医療機関に提供した回数

回数（実数）	( ) 回
--------	-------

## (10) 患者満足度の調査

調査の実施の有無	<input type="checkbox"/> 有	・	<input type="checkbox"/> 無
調査結果の提供の有無	<input type="checkbox"/> 有	・	<input type="checkbox"/> 無

## 3 地域連携薬局等に関する事項 ※地域連携薬局、専門医療機関連携薬局のみ記入

## (1) 地域連携薬局

①地域包括ケアシステムに関する研修を修了した薬剤師の人数	( ) 人	
②医療機関に情報を共有した回数	利用者が医療機関に入院する場合に当該医療機関に情報を共有した回数	( ) 回
	利用者が医療機関から退院する場合に当該医療機関に情報を共有した回数	( ) 回
	このほか、医療機関に情報を共有した回数	( ) 回
③休日又は夜間に調剤の求めがあった場合に地域における他の薬局開設者と連携して対応した回数	( ) 回	
④在庫として保管する医薬品を必要な場合に地域における他の薬局開設者に提供した回数	( ) 回	
⑤麻薬に係る調剤を行った回数	( ) 回	
⑥無菌製剤処理に係る調剤を実施した回数	当該薬局において実施した回数	( ) 回
	他の薬局の無菌調剤室を利用して実施した回数	( ) 回
	他の薬局を紹介する等により実施した回数	( ) 回
⑦地域における他の医療提供施設に対し医薬品の適正使用に関する情報を提供した回数	( ) 回	
⑧居宅等における調剤並びに情報の提供及び薬学的知見に基づく指導を実施した回数	( ) 回	

## (2) 専門医療機関連携薬局

①傷病の区分ごとの専門性の認定を受けた薬剤師の人数	( ) 人
②傷病の区分に該当する者の薬剤等の使用に関する情報について専門的な医療の提供等を行う医療機関に勤務する薬剤師等に対し随時報告及び連絡を行った回数	( ) 回
③休日又は夜間に調剤の求めがあった場合に地域における他の薬局開設者と連携して対応した回数	( ) 回
④在庫として保管する傷病の区分に係る医薬品を必要な場合に地域における他の薬局開設者に提供した回数	( ) 回
⑤麻薬に係る調剤を行った回数	( ) 回
⑥地域における他の薬局開設者に対して傷病の区分ごとの専門的な薬学的知見に基づく調剤及び指導に関する研修を行った回数	( ) 回
⑦地域における他の医療提供施設に対し傷病の区分ごとの医薬品の適正使用に関する情報を提供した回数	( ) 回