

薬局機能情報報告書

年 月 日

福井県知事 様

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、名称および代表者の氏名）



薬局許可番号

連絡先 担当者氏名

電話番号

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 項の規定に基づき、以下のとおり報告します。

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（法人の場合は、名称および代表者氏名）

フリガナ	
氏名	

(3) 薬局の管理者

フリガナ	
氏名	

(4) 薬局の所在地

郵便番号	-	※必ず 7 桁で記入してください。
フリガナ		
所在地 (ビル名、号室等まで)		
英語表記		

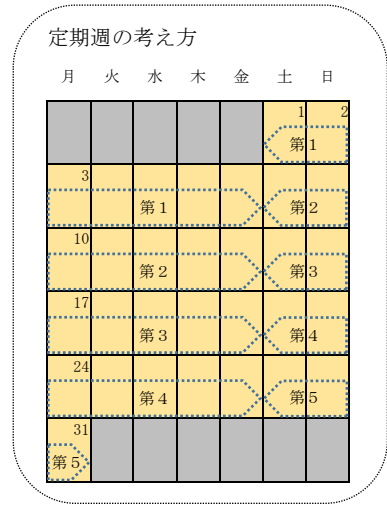
③ 休業日

※「毎週決まった曜日に休業」「祝日に休業」に該当している場合は、『(6)①営業日・開店時間』の表で曜日に記入があっても、休業日としての登録が優先され、休業日扱いとなりますので御注意ください。

毎週決まった曜日に休業	月	火	水	木	金	土	日
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

決まった週に休業（定期週）		月	火	水	木	金	土	日
	第1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	第2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	第3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	第4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	第5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

祝日に休業	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------



※年末年始、お盆等、休業日として設定されている日を記入してください。

その他の休業日	月	日	月	日	月	日
	月	日	月	日	月	日
	月	日	月	日	月	日
	月	日	月	日	月	日
	月	日	月	日	月	日
	月	日	月	日	月	日
	月	日	月	日	月	日
	月	日	月	日	月	日
	月	日	月	日	月	日

④ その他

夜間・休日営業の地域輪番	<input type="checkbox"/> 参加	<input type="checkbox"/> 不参加
--------------	-----------------------------	------------------------------

2 薬局へのアクセス

(1) 薬局までの主な利用交通手段

公共交通機関	
--------	--

(2) 薬局の駐車場

駐車場の有無	<input type="checkbox"/> 有	有料_____台	無料_____台
	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 近隣に他の無料駐車場あり	
		<input type="checkbox"/> 近隣に他の有料駐車場あり	

(3) ホームページアドレス

薬局の ホームページ アドレス	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

有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
----	---

(2) 相談に対する対応の可否

① 服薬等に関する相談

可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
内容	<input type="checkbox"/> 一般用医薬品の相談 <input type="checkbox"/> 漢方相談 <input type="checkbox"/> 公衆衛生相談（ぎょう虫、しらみ駆除、疥癬など） <input type="checkbox"/> 誤飲・誤食による中毒相談 <input type="checkbox"/> その他（⑥その他備考欄に記入）

② 介護等の相談

可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
内容	<input type="checkbox"/> 介護用品の相談 <input type="checkbox"/> 介護用食品の相談 <input type="checkbox"/> ストマ装具の相談 <input type="checkbox"/> 介護保険関連事業所等の紹介 <input type="checkbox"/> その他（⑥その他備考欄に記入）

③ 育児相談対応

可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
内容	<input type="checkbox"/> ベビーフード、粉ミルクの相談 <input type="checkbox"/> ベビー用衛生用品（紙おむつ等）の相談 <input type="checkbox"/> その他（⑥その他備考欄に記入）

④ 生活習慣病の相談

可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
内容	<input type="checkbox"/> 特定保健用食品の相談 <input type="checkbox"/> 各種疾病用食品の相談 <input type="checkbox"/> 各種検査薬の相談 <input type="checkbox"/> 自己血糖測定器の相談 <input type="checkbox"/> 体脂肪測定器の相談 <input type="checkbox"/> 血圧測定器の相談 <input type="checkbox"/> 栄養相談 <input type="checkbox"/> 健康食品の相談 <input type="checkbox"/> その他（⑥その他備考欄に記入）

⑤ 禁煙相談対応

対応	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 否
----	----------------------------	----------------------------

⑥ その他備考（①～④が「その他」の場合、以下に内容を記入してください。）

--

(3) 薬剤師不在時間の有無

<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

レベル4	母国語並み
レベル3	日常会話程度
レベル2	片言
レベル1	対応不可

言語		対応レベル							
01	英語	<input type="checkbox"/>	レベル4	<input type="checkbox"/>	レベル3	<input type="checkbox"/>	レベル2	<input type="checkbox"/>	レベル1
02	広東語	<input type="checkbox"/>	レベル4	<input type="checkbox"/>	レベル3	<input type="checkbox"/>	レベル2	<input type="checkbox"/>	レベル1
03	北京語	<input type="checkbox"/>	レベル4	<input type="checkbox"/>	レベル3	<input type="checkbox"/>	レベル2	<input type="checkbox"/>	レベル1
04	ハンガル	<input type="checkbox"/>	レベル4	<input type="checkbox"/>	レベル3	<input type="checkbox"/>	レベル2	<input type="checkbox"/>	レベル1
05	ポルトガル語	<input type="checkbox"/>	レベル4	<input type="checkbox"/>	レベル3	<input type="checkbox"/>	レベル2	<input type="checkbox"/>	レベル1
06	その他()	<input type="checkbox"/>	レベル4	<input type="checkbox"/>	レベル3	<input type="checkbox"/>	レベル2		
07	その他()	<input type="checkbox"/>	レベル4	<input type="checkbox"/>	レベル3	<input type="checkbox"/>	レベル2		

(5) 障害者に対する配慮

①聴覚障害者に対するサービス	<input type="checkbox"/> 手話による服薬指導や相談が可能（事前連絡要） <input type="checkbox"/> 手話による服薬指導や相談が可能（事前連絡不要） <input type="checkbox"/> 画面表示 <input type="checkbox"/> 文書または筆談での服薬指導
②視覚障害者に対するサービス	<input type="checkbox"/> 薬袋への点字表示が可能 <input type="checkbox"/> 薬剤への点字表示が可能 <input type="checkbox"/> 服薬指導用文書への点字表示が可能 <input type="checkbox"/> 音声案内 <input type="checkbox"/> お薬服用識別シールでの対応が可能

(6) 車椅子の利用者に対する配慮

車椅子での来局の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
対応状況	<input type="checkbox"/> スロープの設置 <input type="checkbox"/> 手すりの設置 <input type="checkbox"/> 車椅子対応トイレの設置 <input type="checkbox"/> 点状ブロックの設置 <input type="checkbox"/> 昇降機の設置 <input type="checkbox"/> 高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律第14条第1項に規定する「建築物移動等円滑化基準」への適合（バリアフリー）

(3) 薬局の業務内容

ア 無菌製剤処理に係る調剤の実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
イ 一包化薬に係る調剤の実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
ウ 麻薬に係る調剤の実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
エ 浸煎薬および湯薬に係る調剤の実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
オ 薬局製剤実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
カ 医療を受ける者の居宅等において行う調剤業務の実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
キ 薬剤服用歴管理の実施	
(ア) 薬剤服用歴管理の実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(イ) 電磁的記録による薬剤服用歴管理の実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
ク 薬剤情報を記載するための手帳（いわゆる「お薬手帳」）の交付	
(ア) 薬剤情報を記載するための手帳の交付の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
(イ) 薬剤情報を電磁的記録により記載するための手帳を所持する者の対応の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
ケ アンチ・ドーピングに関する相談の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否

(4) 地域医療連携体制

ア 医療連携	
(ア) プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(イ) プロトコルに基づいた薬物治療管理（PBPM）の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
イ 地域医療情報連携ネットワークへの参加の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
ウ 退院時の情報を共有する体制の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
エ 受診勧奨に係る情報等を医療機関に提供する体制の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
オ 地域住民に対する啓発活動への参加	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

2 実績、結果等に関する事項

(1) 薬局の薬剤師数

薬剤師数	人
------	---

(2) 医療安全対策の実施

ア 副作用等に係る報告の実施件数	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
イ 医療安全対策に係る事業への参加の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

(3) 情報開示の体制

<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否

(4) 症例を検討するための会議等の開催の有無

<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否

(5) 処方箋を応需した者（以下「患者」という。）

延べ患者数（実数）	人
-----------	---

(6) 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

件

(7) 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（行政職員をはじめとした地域の関係者から構成される会議体をいう。）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

(8) 患者の服薬状況等を医療機関に提供した回数

回

(9) 患者満足度調査の実施

ア 患者満足度調査の実施の有無（過去1年以内）	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
イ 患者満足度調査結果の提供の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無