

薬局機能情報報告書 記入上の留意点

平成31年1月

- 「薬局機能情報報告書」につきましては、あらかじめ、次ページ以降の留意点をご一読の上、ご記入くださいますようお願いいたします。

●報告書に記入に際しての問い合わせ先

〒910-8580
福井市大手町3丁目17-1
福井県健康福祉部医薬食品・衛生課 薬務グループ
TEL：0776-20-0347
FAX：0776-20-0640

I 報告日等

1 年月日

報告書の「年月日」には報告年月日を記載してください。

2 住所、氏名

住所、氏名については、薬局開設者の住所、氏名を記載してください。法人の場合は、主たる事務所所在地ならび法人の名称および代表者の氏名を記載してください。

3 薬局許可番号

薬局開設の許可証（以下「許可証」という。）の許可番号を記載してください。

II 報告内容

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

薬局の名称は、許可証に記載されている名称です。フリガナ（カタカナ。以下同じ。）およびローマ字（ヘボン式。以下同じ。）を記載してください。

ヘボン式ローマ字表記は次のとおりです。本報告書においては、単語の1文字目は大文字で記載し、2文字目以降は小文字で記載してください。

50音	あ	A	い	I	う	U	え	E	お	O
	か	KA	き	KI	く	KU	け	KE	こ	KO
	さ	SA	し	SHI	す	SU	せ	SE	そ	SO
	た	TA	ち	CHI	つ	TSU	て	TE	と	TO
	な	NA	に	NI	ぬ	NU	ね	NE	の	NO
	は	HA	ひ	HI	ふ	FU	へ	HE	ほ	HO
	ま	MA	み	MI	む	MU	め	ME	も	MO
	や	YA			ゆ	YU			よ	YO
	ら	RA	り	RI	る	RU	れ	RE	ろ	RO
わ	WA	ゐ	I			ゑ	E	を	O	
濁音 半濁音	が	GA	ぎ	GI	ぐ	GU	げ	GE	ご	GO
	ざ	ZA	じ	JI	ず	ZU	ぜ	ZE	ぞ	ZO
	だ	DA	ぢ	JI	づ	ZU	で	DE	ど	DO
	ば	BA	び	BI	ぶ	BU	べ	BE	ぼ	BO
	ぱ	PA	ぴ	PI	ぷ	PU	ぺ	PE	ぽ	PO
拗音	きゃ	KYA			きゅ	KYU			きょ	KYO
	しゃ	SHA			しゅ	SHU			しょ	SHO
	ちゃ	CHA			ちゅ	CHU			ちょ	CHO
	にゃ	NYA			にゅ	NYU			にょ	NYO
	ひゃ	HYA			ひゅ	HYU			ひょ	HYO
	みゃ	MYA			みゅ	MYU			みょ	MYO
	りゃ	RYA			りゅ	RYU			りょ	RYO
	ぎゃ	GYA			ぎゅ	GYU			ぎょ	GYO
	じゃ	JA			じゅ	JU			じょ	JO
	びゃ	BYA			びゅ	BYU			びょ	BYO
	ぴゃ	PYA			ぴゅ	PYU			ぴょ	PYO

【注意点】

- 撥音 「ん」はNと表記するが、B・M・Pの前の「ん」はMと記入する。
(例) 難波 (なんば) Namba
 本間 (ほんま) Homma
- 促音 子音を重ねて表記する。後ろがCの場合は、子音は重ねず、前にTをおく。
(例) 服部 (はっとり) Hattori
 吉川 (きっかわ) Kikkawa
 八丁 (はっちょう) Hatcho
- 長音 ヘボン式では長音を表記しない。
(例) 大野 (おおの) Ono
 河野 (こうの) Kono
- ファ行 ファ行は「F」を利用する。
(例) ファーマシー F amashi

(2) 薬局開設者

薬局の開設者の氏名（法人の場合は、名称および業務を行う役員のうち代表者の氏名）を記載してください。また、許可証（法人の代表者の氏名については許可申請書または変更届）と同じ表記とし、フリガナを付記してください。

(3) 薬局の管理者

管理薬剤師の氏名を記載してください。許可申請書または変更届と同じ表記とし、フリガナを付記してください。

(4) 薬局の所在地

許可証と同じ表記とし、郵便番号（7桁）、フリガナおよび英語での表記を付記してください。「福井県」は記載不要です。地番についてはフリガナ不要です。

また、薬局開設の許可証にビル名が表記されていない場合であっても、ビル名を付記することは差し支えありません。

【英語での住所表記方法】

- 福井県は記載不要です。市から記載してください。
- 英語での住所表記は、住所の狭い範囲から広い範囲へ順に表します。
従って、番地・町名、市・町名の順になります。
- 単語の1文字目は大文字で表記し、2文字目以降は小文字で表記します。
- 単語の間は、「,」でつないでください。
ビル名やマンション、スーパーの店名は省略しても差し支えありません。
(例) 1丁目1-1 ○○スーパー2階 → 1-1-1-2F
- City (市)、Gun (郡)、Town (町)の前には「-」を入れて下さい。
(例) 福井市大手町3-17-1 → 3-17-1, Otemachi, Fukui-City
 あわら市春宮2-21-17-101 → 2-21-17-101, Harumiya, Awara-City
 大野市天神町1-1 → 1-1, Tenjincho, Ono-City
 丹生郡越前町西田中13-5-1 → 13-5-1, Nishitanaka, Echizen-Town, Nyu-Gun
 鯖江市水落町1-2-25 → 1-2-25, Mizuochicho, Sabae-City
 敦賀市開町6-5 → 6-5, Hirakicho, Tsuruga-City
 小浜市四谷町3-10 → 3-10, Yotsuyacho, Obama-City

(5) 電話番号およびファクシミリ番号

通常の営業日の営業時間内において連絡が可能な電話番号およびファクシミリ番号を記載してください。

営業時間外の対応や24時間対応を行っている場合、あるいは夜間・休日営業の地域輪番・当番制に参加している場合等は、その連絡先の電話番号等を記載してください。

営業時間外の連絡先を記載する場合は、薬局として責任のある対応が行える場合に限り、該当がない場合は、空欄としてください。

(6) 営業日および営業時間 (※巻末に記載例を添付しています。)

①営業日・営業時間

基本となる営業時間を24時間表記で記載してください。基本となる営業時間帯の曜日にはその時間帯にチェックを入れてください。記載されていない曜日については、休業日とみなします。

特殊な営業時間がある場合は特記事項に記載してください。

(例) 第2水曜日は10時～17時まで

②休業日

休業日にチェックを入れてください。

あらかじめ分かっている通常の休業日以外の休業日(年末年始、お盆等)は、その日を「その他の休業日」表に記載してください。

「(6) ①営業日・営業時間」表で曜日に記載があっても、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ご注意ください。

③営業時間外の対応

24時間対応が可能な場合は「可」とし、それ以外の場合は「否」としてください。

また、夜間・休日営業の地域輪番・当番制に参加している場合は「参加」とし、それ以外は「不参加」としてください。

2 薬局へのアクセス

(1) 薬局までの主な利用交通手段

利用交通手段のうち、主な手段を簡潔に記載して下さい。公共交通機関を利用する場合とし、最寄りの駅・停留所の名称および当該駅や停留所からの徒歩による所要時間等を記載してください。

(例) ○○バス県庁前からすぐ

JR福井駅から徒歩5分

(2) 薬局の駐車場

薬局専用の駐車場(薬局において所有する駐車場、または契約等により薬局に訪れた患者等が自由に使用できる駐車場)がある場合に「有」とし、それ以外の場合は「無」としてください。「有」の場合、有料・無料の別に台数を記載してください。薬局の駐車場が「無」の場合であって、最寄りに駐車場がある場合は、「近隣に他の無料駐車場あり」または「近隣に他の有料駐車場あり」にチェックを入れてください。

駐車台数は、薬局専用の駐車場について、患者等が駐車可能な普通乗用車の台数を記載してください。

(3) ホームページアドレス

薬局が開設しているホームページアドレスを記載してください。また、当該ホームページの閲覧について、有料・無料の別にチェックを入れてください。

ただし、従業者個人のホームページなど、薬局機能に関する情報以外の内容を主として提供する場合は、記載しないでください。ホームページを開設していない場合は、空欄としてください。

(4) 電子メールアドレス

患者や住民が連絡、相談等を行うことのできる薬局専用の電子メールアドレスを記載してください。ただし、従業者個人の電子メールアドレスや、業務以外に使用する等の電子メールアドレスは、記載しないでください。電子メールアドレスがない場合およびメールによる相談等の対応を行わない場合は、空欄としてください。

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」である旨を表示している場合は「有」とし、それ以外は「無」としててください。

(2) 相談に対する対応の可否

①服薬等に関する相談（お薬相談）

処方せん応需義務として行う場合の他、服薬等に関する相談の可否を記載してください。相談「可」の場合は、相談内容にチェックを入れてください。「否」の場合は、相談内容にチェックは入れないでください。

なお、相談内容の具体例は次のとおりです。（複数選択可）

○一般用医薬品の相談

一般用医薬品の効能効果、副作用、相互作用等に関する相談

○漢方相談

漢方薬の効能効果、副作用、相互作用等に関する相談

○公衆衛生相談

ぎょう虫・しらみ駆除、疥癬の対応等の相談

○誤飲・誤食による中毒相談

たばこを誤って飲み込んでしまった場合や、食べることのできない野草等を食べてしまった場合等の中毒相談

○その他

対応可能なその他の相談があれば⑥その他備考欄に具体的に記載してください。

②介護等の相談

介護に関する相談の可否を記載してください。相談「可」の場合は、相談内容にチェックを入れてください。「否」の場合は、相談内容にチェックは入れないでください。

なお、相談内容の具体例は次のとおりです。（複数選択可）

○介護用品の相談

清拭用品、おむつ・トイレ用品、歩行補助具等に関する相談

○介護用食品の相談

介護用の刻み食品、やわらか加工食品、飲料等に関する相談

○介護用紙おむつ支給券・購入補助券受付

自治体で交付しているおむつ支給券やおむつ購入補助券の受付

○ストマ装具の相談

ストマ装具使用時のかぶれや臭い漏れ等の相談

○介護保険関連事業所等の紹介

介護老人福祉施設等の介護保健施設や介護保健サービス提供事業所の紹介

○その他

対応可能なその他の相談があれば⑥その他備考欄に具体的に記載してください。

③育児の相談

育児に関する相談の可否を記載してください。相談「可」の場合は、相談内容にチェックを入れてください。「否」の場合は、相談内容にチェックは入れないでください。

なお、相談内容の具体例は次のとおりです。（複数選択可）

○ベビーフード、粉ミルクの相談

ベビーフード、粉ミルクの種類や月齢等に応じた選択方法等に関する相談

○ベビー用衛生用品（紙おむつ等）の相談

紙おむつ、綿棒、清浄綿、おしりふき等衛生用品に関する相談

○その他

対応可能なその他の相談があれば⑥その他備考欄に具体的に記載してください。

④生活習慣病の相談

食習慣、運動習慣、飲酒等の生活習慣が影響し引き起こされる、いわゆる生活習慣病に関する相談の可否を記載してください。相談「可」の場合は、相談内容にチェックを入れてください。「否」の場合は、相談内容にチェックは入れないでください。

なお、相談内容の具体例は次のとおりです。（複数選択可）

○特定保健用食品の相談

特定保健用食品の選択方法、利用方法等の相談

○各種疾病用食品の相談

低ナトリウム食品、低たんぱく質食品、糖尿病食調整用組合せ食品等病者用食品の喫食等に関する相談

○各種検査薬の相談

尿糖検査薬、尿タンパク検査薬の取扱い、使用方法等に関する相談

○自己血糖測定器の相談

自己血糖測定器の取扱い、使用方法等に関する相談

○体脂肪測定器の相談

体脂肪測定器の取扱い、使用方法等に関する相談

○血圧測定器の相談

血圧測定器の取扱い、使用方法等に関する相談

○栄養相談

生活習慣病予防に関する栄養相談、生活習慣病に応じた栄養相談

○健康食品の相談

栄養補助や喫食カロリー低減等の観点での、いわゆる健康食品に関する相談

○その他

対応可能なその他の相談があれば⑥その他備考欄に具体的に記入してください。

⑤禁煙相談

禁煙に関する相談の可否を記載してください。

⑥その他備考欄

相談①～④の「その他」にチェックを入れた場合の、対応可能なその他の内容を記載してください。

(3) 薬剤師不在時間の有無

薬局開設許可申請書または変更届において、薬剤師不在時間「有」と届出した場合は「有」とし、それ以外の場合は「無」としてください。

(4) 対応することができる外国語の種類

外国語対応が「可」の場合は、対応が可能な外国語の種類について、それぞれの対応レベル（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）にチェックを入れてください。その他の言語で対応可能な言語があれば「その他」に記載し、対応レベルにチェックを入れてください。

(5) 障害者に対する配慮

①聴覚障害者に対するサービス

該当する項目にチェックを入れてください。（複数選択可）
どの項目にも対応不可能な場合は、空欄としてください。

- 手話による服薬指導等が可能（事前連絡要）
事前に連絡があれば、手話での服薬指導が可能な場合
- 手話による服薬指導等が可能（事前連絡不要）
事前に連絡を入れなくても、手話での服薬指導が可能な場合
- 画面表示
パソコンの画面等での服薬指導が可能な場合
- 文書又は筆談での服薬指導
文書や筆談での服薬指導が可能な場合

②視覚障害者に対するサービス

該当する項目にチェックを入れてください。（複数選択可）
どの項目にも対応不可能な場合は、空欄としてください。

- 薬袋への点字表示が可能
薬袋へ点字表示を行える場合
- 薬剤への点字表示が可能
薬剤へ点字表示を行える場合
- 服薬指導用文書への点字表示が可能
薬情報服薬指導用文書へ点字表示を行える場合
- 音声案内
店舗内で、音声案内を行っている場合
- お薬服用識別シールでの対応
お薬服用識別シールを薬袋やお薬（一包化薬等）へ貼付を行える場合

(6) 車椅子利用者に対する配慮

車椅子での来局が可能な場合は、「可」とし、それ以外は「否」としてください。
車椅子での来局が「可」の場合は、対応している項目にチェックを入れてください。
車椅子での来局が「否」の場合は、「スロープの設置」以下の項目についてはチェックを入れな
いでください。

(7) 受動喫煙防止対策

該当する項目にチェックを入れてください。

- 全面禁煙
薬局建物内の患者が利用する全ての場所を禁煙としている場合
- 喫煙所設置（分煙）
喫煙場所を部屋として区画する、吸煙装置を設置する等により、非喫煙者に対し、受動喫煙を防止するための措置がされている場合（単に喫煙場所を区画として設けるのみで、受動喫煙を防ぐことができない場合は、この項目には該当しない。）
- 未実施
全面禁煙、喫煙所設置（分煙）のいずれにも該当しない場合

4 費用負担

(1) 医療保険等および公費負担等の取扱い

保険薬局の指定を受けている場合は「有」とし、受けていない場合は「無」としてください。
各法律の規定に基づき保険の指定を受けている場合は該当するものをチェックしてください。

【公費負担等について】

- 生活保護法に基づく指定
生活保護法に基づき、知事の指定を受けた薬局
- 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（結核医療）
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（結核医療：旧結核予防法）に基づき、知事の指定を受けた薬局
- 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（原爆医療）
原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律に基づき、厚生労働大臣又は都道府県の指定を受けた薬局
- 障害者自立支援法に基づく指定（精神通院医療）
障害者自立支援法に基づく自立支援医療（精神通院医療）に基づき、県の指定を受けた薬局
- 障害者自立支援法に基づく指定（更生医療・育成医療）
障害者自立支援法に基づく自立支援医療（更生医療、育成医療）に基づき、県の指定を受けた薬局
- 労働者災害補償保険法に基づく指定（労災医療）
労働者災害補償保険法に基づき、滋賀労働局長の指定を受けた薬局
- 戦傷病者特別援護法に基づく指定
戦傷病者特別援護法に基づき利用者の希望により県が取扱いを依頼した薬局
- 母子保健法に基づく指定
母子保健法に基づき、県の指定を受けた薬局
- 公害健康被害の補償等に関する法律に基づく指定（公害医療）
特段の申し出をしない限り、健康保険法に基づく保険薬局および生活保護法に基づく指定医療機関である薬局の全てが該当します。

(2) クレジットカードによる料金支払いの可否

「処方せん調剤に関する支払い」および「一般薬その他に関する支払い」についてクレジットカードにより料金支払が可能な場合は「可」とし、それ以外の場合は「否」としてください。
「可」とした場合、利用可能なクレジットカードの種類を記載してください。

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（中立的かつ公共性のある団体により認定され、また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。）の種類および人数

各認定薬剤師が店舗にいる場合は、その項目にチェックを入れ、それぞれ薬剤師の人数を記載してください。

財団法人日本薬剤師研修センターが認定する「研修認定薬剤師」、「漢方薬・生薬認定薬剤師」が薬局にいる場合は、その人数（常勤・非常勤にかかわらず実数）を記載してください。

その他の認定薬剤師については、認定の種類と人数を記載してください。

なお、公的な機関から任命されていても、保護司、薬物乱用防止指導員等は除きます。

いずれの項目にも該当しない場合は、空欄にしてください。

- (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

健康サポート薬局の届出の有無にかかわらず、健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師の人数（常勤・非常勤にかかわらず実数）を記載してください。ただし、研修修了証の有効期限が切れている場合は人数に含めないでください。

- (3) 薬局の業務内容

次に示す条件に適合する場合について、記載してください。

ア 無菌製剤処理に係る調剤の実施の可否

中心静脈栄養輸液、抗悪性腫瘍注射剤等の混合調製に関し、無菌製剤処理を行うための施設基準に適合している旨を地方社会保険事務局に届け出ている場合は「可」とし、それ以外の場合は「否」としてしてください。

イ 一包化薬に係る調剤の実施の可否

一包化調剤が可能な場合は「可」とし、それ以外の場合は、原則「否」としますが、薬局の任意で薬包紙により個別に実施する場合においては「可」として差し支えありません。

ウ 麻薬に係る調剤の実施の可否

麻薬小売業者免許を有する場合に「可」とし、それ以外の場合は「否」としてしてください。

エ 浸煎薬および湯薬に係る調剤の実施の可否

生薬（漢方を含む。）の浸煎薬・湯薬を調剤することができる場合に「可」とし、それ以外の場合は「否」としてしてください。

オ 薬局製剤実施の可否

薬局製剤の製造販売承認を受けており、かつ製造販売業許可および製造業許可を受けている場合は「可」とし、それ以外の場合は「否」としてしてください。

ただし、承認不要の9品目のいずれかについてのみ製造販売の届出を行っている場合は該当しません。

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

居宅において療養を行っている患者（通院が困難な者に限る。）に対して医師または歯科医師が交付した処方せんにより調剤業務を行う場合で、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方社会保険事務局に届出を行っている場合に「可」とし、それ以外の場合は「否」としてしてください。

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

薬剤服用歴（以下「薬歴」という。）を管理している場合は「有」とし、それ以外の場合、「無」としてしてください。

(イ) 電磁的記録による薬剤服用歴管理の実施の有無

薬歴の管理について電子化を実施している場合は「有」とし、それ以外の場合、「無」としてしてください。

ク 薬剤情報を記載するための手帳の交付

(ア) 薬剤情報を記載するための手帳の交付の可否

調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を記載する手帳（いわゆる「お薬手帳」）の交付および当該手帳への記載を行っている場合に「可」とし、それ以外の場合は「否」としてください。

(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

電子版お薬手帳の運用体制が構築されているとともに、電子版お薬手帳を提供している場合に「可」とし、それ以外の場合は「否」としてください。

ケ アンチ・ドーピングに関する相談の可否

アンチ・ドーピングに関する相談が可能な場合は「可」とし、それ以外の場合は「否」としてください。

(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

プレアボイド事例の把握・収集に関する取組に参加し、事例の提供を行っている場合は「有」とし、それ以外の場合は「無」としてください。また、ヒヤリ・ハット事業の「参加薬局」として登録を行うだけではなく、報告期日の前年1年間（1月1日～12月31日）に、疑義照会により処方変更がなされた結果、患者の健康被害や医師の意図した薬効が得られないことを防止するに至った事例を報告した場合も「有」としてください。

(イ) プロトコルに基づいた薬物治療管理（PBPM）の取組の有無

医療機関の医師や薬局の薬剤師等が地域でPBPMを導入することにより、薬物療法の適正化や患者の利便性の向上を達成する取組を実施している場合は「有」とし、それ以外の場合は「無」としてください。

上記(ア)及び(イ)の他に医療連携の取組（地域の医療機関等が連携した薬剤の使用に関するフォーミュラリーを導入する取組等）を実施している場合も「有」としてください。

イ 地域医療情報ネットワークへの参加の有無

薬局が所在する地域に地域医療情報連携ネットワークがある場合に、そのネットワークに参加し、患者情報の共有等による薬学的管理の向上に取り組んでいる場合は「有」とし、それ以外の場合は「無」としてください。

ウ 退院時の情報を共有する体制の有無

医療機関の医師又は薬剤部や地域医療（連携）室等との連携により、退院時カンファレンスへの参加や退院時の情報を共有する体制がある場合は「有」とし、それ以外の場合は「無」としてください。

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

薬局の利用者からの健康に関する相談に適切に対応し、そのやり取りを通じて、必要に応じ医療機関への受診勧奨を行う際に、利用者の同意を得た上で、当該利用者の情報等を文書により医療機関（医師）に提供する体制がある場合は「有」とし、それ以外の場合は「無」としてください。

オ 地域住民への啓発活動への参加の有無

地域住民に対して、薬剤師会支部等が地域住民に対して開催している薬の特性や適正使用の必要性等に関する講習会、健康展、学校教育等の啓発活動への参加等を行っている場合については、「有」とし、それ以外の場合は「無」としてください。

2 実績、結果等に関する事項

(1) 薬局の薬剤師数

薬事に関する実務に従事する薬剤師の数（常勤および非常勤の薬剤師の合計人数）を以下に従って常勤換算した薬剤師数を記載してください。

なお、端数は切り捨ててください。

参照：「薬局及び一般販売業の薬剤師の員数を定める省令」（昭和39年厚生省令第3号）等

- 常勤薬剤師をもって員数1とする。
 - 常勤薬剤師とは、薬局で定める勤務時間（薬局で自由に設定してください。例、週40時間等）の全てを勤務する者をいう。
 - 非常勤薬剤師とは、その勤務時間を1週間の薬局で定める勤務時間で割り算した数とする。
- ただし、1週間の薬局で定める勤務時間が32時間未満と定められている場合は、換算する分母は32時間とする。

（例1）

1週間の薬局で定める薬剤師の勤務時間40時間の薬局について、薬剤師Aは週40時間勤務、薬剤師B、C、Dの員数はそれぞれ週20時間の場合。

- Aが常勤で1。B、C、Dの員数はそれぞれ $20/40=0.5$ となり、
合計 $=1+0.5+0.5+0.5=2.5$ となる。
端数は切り捨てて報告するため、報告書に記載する人数は、2人となる。

（例2）

1週間の薬局で定める薬剤師の勤務時間30時間の薬局について、薬剤師Aは週40時間勤務、薬剤師Bは週30時間、薬剤師Cは週15時間、薬剤師Dは週20時間、薬剤師Eは週22時間勤務の場合。

※この場合、薬局で定める勤務時間は30時間であるが、換算する分母は32時間となる。

- Aが常勤で1。非常勤B～Eの員数の合計は
 $30/32+15/32+20/32+22/32=2.71\cdots$ となり、
合計 $=1+2.7=3.7$ となる。
端数は切り捨てて報告するため、報告書に記載する人数は、3人となる。

（2）医療安全対策（医薬品の使用に係る安全な管理のための責任者の配置の有無）

ア 副作用等に係る報告の実施件数

報告期日の前年1年間に、医薬品、医療機器又は再生医療等製品における副作用等の報告を独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）に対し実施した延べ件数を記載してください。

イ 医療安全対策に係る事業への参加の有無

薬局医療安全対策推進事業におけるヒヤリ・ハット事例等の収集に参加している場合は「有」とし、それ以外の場合は「無」としてください。

（3）情報開示の体制

調剤録、薬歴、レセプト等の情報について患者本人からの求めに基づいて情報を開示する場合は「可」とし、その他の場合は「否」としてください。

（4）症例を検討するための会議等の開催の有無

薬歴、服薬指導等の実践に基づく服薬遵守（コンプライアンス）の状況等の確認、指導内容の改善、相談対応等の改善を目的とした検討を定期的に行っている場合は、「有」とし、それ以外は無」としてください。

（5）処方せんを応需した者の数（患者数）

前年（1月1日から12月31日まで。年の途中で開局した場合は、開局時から12月31日まで。）に処方せんを応需した延べ患者の実数を記載してください。

（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

在宅患者訪問薬剤管理指導料等の算定にかかわらず、報告期日の前年1年間に、医療を受ける者の居宅等において調剤業務を実施した延べ件数を実数で記載してください。

(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

報告期日の前年1年間に、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等の地域の多職種が参加する会議に参加した回数を実数で記載してください。ただし、健康サポート薬局研修を修了していない薬剤師の参加回数は含めないでください。なお、健康サポート薬局研修を修了した複数の薬剤師が同一会議に参加した場合は、1回として計上してください。

(8) 患者の服薬状況等を医療機関に提供した回数

報告期日の前年1年間に、患者、その家族等若しくは医療機関の求めがあった場合又は薬剤師がその必要性を認めた場合において、患者の同意を得た上で、患者の服薬状況等を服薬情報等提供料に係る情報提供書等の文書により医療機関（医師）に提供した回数を実数で記載してください。なお、服薬情報等提供料の算定の有無にかかわらず、報告しても差し支えありません。

(9) 患者満足度の調査

ア 患者満足度の調査の実施の有無

報告する時点から過去1年以内に薬局に来訪した患者またはその家族に対し、薬局の業務やサービス等に関するアンケート調査などを行った場合は「有」とし、それ以外の場合は「無」としてください。

イ 患者満足度の調査結果の提供の有無

アの調査結果について、薬局において閲覧できるようにする等、公表を行っている場合は「有」とし、それ以外の場合は「無」としてください。