

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 | | |

② 開店時間外に相談できる時間

※開店時間外に相談できる場合は、その時間帯を曜日ごとに、24時間表記で記入してください。

| | | | |
|-------|-------|-------|-------|
| 月 | 火 | 水 | 木 |
| 時 分～ | 時 分～ | 時 分～ | 時 分～ |
| 時 分まで | 時 分まで | 時 分まで | 時 分まで |
| 金 | 土 | 日 | 祝 |
| 時 分～ | 時 分～ | 時 分～ | 時 分～ |
| 時 分まで | 時 分まで | 時 分まで | 時 分まで |

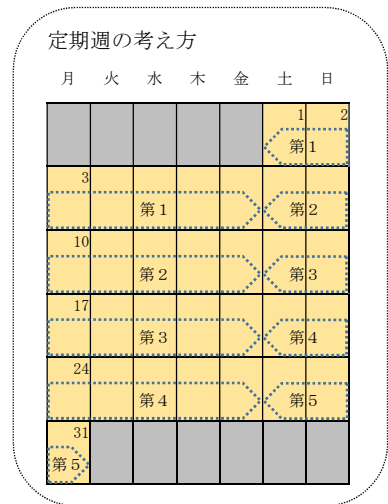
③ 休業日

※「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 |

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 |
|--------------|-----------------------------|------------------------------|

(12) 健康サポート薬局である旨の表示の有無

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

(13) 地域連携薬局の認定の有無

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

(14) 専門医療機関連携薬局の認定の有無および認定の区分

| | | |
|-------|-----------------------------|----------------------------|
| 有無 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| 傷病の区分 | <input type="checkbox"/> がん | |

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 |

3 薬局サービス等

(1) 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 アンチ・ドーピング相談対応

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

⑦ 在宅医療相談対応

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

⑧ 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。）

| |
|--|
| |
|--|

(2) 相談できるサービスの利用方法

| | | |
|----------|----------------------------|----------------------------|
| 電話による対応 | <input type="checkbox"/> 可 | <input type="checkbox"/> 否 |
| メールによる対応 | <input type="checkbox"/> 可 | <input type="checkbox"/> 否 |
| SMSによる対応 | <input type="checkbox"/> 可 | <input type="checkbox"/> 否 |

(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 | 中国語（簡体字） | <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 | 中国語（繁体字） | <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 | 韓国語・朝鮮語 | <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 |
| 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 | | |

外国語対応に関する特記事項

電話通訳サービスや多言語音声翻訳機器により対応している場合は記載してください。

(5) 障害者に対する配慮

| | |
|------------------------|---|
| ①聴覚障害者 に対する サービス | <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"/> 点字による服薬指導や相談が可能（事前連絡要） <input type="checkbox"/> 点字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"/> お薬服用識別シールでの対応 <input type="checkbox"/> 点字による服薬指導や相談 <input type="checkbox"/> 点字以外での服薬指導や相談 <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 点字ブロック設置 <input type="checkbox"/> 設置有り <input type="checkbox"/> 設置無し |

(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"/> 身体障害者用トイレの設置 <input type="checkbox"/> 車椅子利用者用駐車場の設置 <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） |
|--|--|

(7) 特定販売の実施

| | |
|-----------------|---|
| 電話による販売の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 販売時間（ 時 分から 時 分 ） |
| 販売を行う医薬品の区分 | <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品 <input type="checkbox"/> 第1類医薬品 <input type="checkbox"/> 第2類医薬品 <input type="checkbox"/> 第3類医薬品 |
| インターネットによる販売の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 販売時間（ 時 分から 時 分 ） |
| 販売を行う医薬品の区分 | <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品 <input type="checkbox"/> 第1類医薬品 <input type="checkbox"/> 第2類医薬品 <input type="checkbox"/> 第3類医薬品 |
| カタログによる販売の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 販売時間（ 時 分から 時 分 ） |
| 販売を行う医薬品の区分 | <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品 <input type="checkbox"/> 第1類医薬品 <input type="checkbox"/> 第2類医薬品 <input type="checkbox"/> 第3類医薬品 |

(8) 薬局製剤実施の可否

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

(9) 薬局医薬品の取り扱い品目数

| | |
|------|---------------------------|
| 取扱品目 | 約 品目 |
|------|---------------------------|

(10) 要指導医薬品・一般用医薬品の取扱品目数

| | |
|------|---------------------------|
| 取扱品目 | 約 品目 |
|------|---------------------------|

(11) 特別用途食品の取扱いの有無

| | |
|----------------------------|---|
| 病者用食品、乳児用調整乳、えん下困難者用食品の取扱い | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
|----------------------------|---|

(12) 配送サービスの利用

| | |
|-------------|---|
| 配送サービスの利用 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 |
| 配送サービスの利用方法 | 利用の依頼方法、配送の手段、配送の時間帯等のサービス利用にかかる内容を具体的に記載してください。 |
| 配送サービスの費用 | 代金引換サービス、電子決済等の支払方法を記載してください。 |

4 費用負担

(1) 医療保険および公費負担等の取扱い

| | |
|-----------------|--|
| 保険薬局の指定の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 届出が必要な公費負担等の取扱い | <input type="checkbox"/> 生活保護法に基づく指定 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 障害者自立支援法に基づく指定（精神通院医療） <input type="checkbox"/> 障害者自立支援法に基づく指定（育成医療・更生医療） <input type="checkbox"/> 労働者災害補償保険法に基づく指定（労災医療） <input type="checkbox"/> 戦傷病者特別援護法に基づく指定 <input type="checkbox"/> 母子保健法に基づく指定 <input type="checkbox"/> 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） |

(2) 電子決済による料金の支払いの可否

| | | |
|----------------------------|---|---|
| クレジットカード決済による料金の支払い | 処方せん調剤に関する支払い | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 |
| | 一般薬その他に関する支払い | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 |
| 使用可能なクレジットカードの種類 | <input type="checkbox"/> JCB、 <input type="checkbox"/> VISA、 <input type="checkbox"/> Master card、 <input type="checkbox"/> 中国銀聯、 <input type="checkbox"/> American Express、 <input type="checkbox"/> DISCOVER、 <input type="checkbox"/> Diners Club、 <input type="checkbox"/> UFJ、 <input type="checkbox"/> DC、 <input type="checkbox"/> ニコス | |
| デビットカード決済による料金の支払い | 処方せん調剤に関する支払い | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 |
| | 一般薬その他に関する支払い | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 |
| 使用可能なデビットカードの種類 | <input type="checkbox"/> JCB、 <input type="checkbox"/> VISA、 <input type="checkbox"/> Master card、 <input type="checkbox"/> 中国銀聯、 | |
| その他電子決済による料金の支払い | 処方せん調剤に関する支払い | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 |
| | 一般薬その他に関する支払い | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 |
| 使用可能な電子決済 | <input type="checkbox"/> 交通系電子マネー (Suica等) <input type="checkbox"/> Edy、 <input type="checkbox"/> iD、 <input type="checkbox"/> QUICPay、 | |
| 提示している電子決済サービス以外で可能な決済サービス | | |

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) 認定薬剤師の種類および人数

| 認定薬剤師の種類 | 認定薬剤師の人数 (人) |
|--------------------------------|--------------|
| 研修認定薬剤師 (日本薬剤師研修センター (CPC 認証)) | 人 |
| 漢方薬・生薬認定薬剤師 | 人 |
| 小児薬物療法認定薬剤師 | 人 |
| 認定実務実習指導薬剤師 | 人 |
| 地域薬学ケア専門薬剤師 | 人 |
| 外来がん治療専門薬剤師 | 人 |
| 公認スポーツファーマシスト | 人 |
| NR・サプリメントアドバイザー | 人 |
| 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

人

(3) 登録販売者その他資格者の人数

| 資格者の種類 | 人数 (人) |
|---------|--------|
| 登録販売者 | 人 |
| 管理栄養士 | 人 |
| 栄養士 | 人 |
| その他 () | 人 |

(4) 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 |
| 無菌調剤室の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| クリーンベンチの有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 安全キャビネットの有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 無菌製剤処理に係る調剤を当該薬局において実施した回数 | 回 |
| 無菌製剤処理に係る調剤を他の薬局の無菌調剤室を利用して実施した回数 | 回 |
| 無菌製剤処理に係る特記事項 ※無菌調剤室を共同利用する場合は、無菌調剤室提供薬局の 名称及び所在地等を記載する。 | |
| イ 一包化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 |
| 麻薬に係る調剤を実施した回数 | 回 |
| 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 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 |

| | | |
|--|---|---|
| 医療を受ける者の居宅等において行う調剤業務を実施した件数 | | 件 |
| カ 携帯型ディスプレイ注入ポンプ（PCA型）の取扱いの有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| キ 小児の訪問薬剤管理指導の実績の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| ク 医療的ケア児への薬学的管理・指導の可否 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 | |
| ケ オンライン服薬指導の実施の可否 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 | |
| オンライン服薬指導の実施の方法（実施方法の概要を記載） | | |
| オンライン服薬指導を実施した回数 | | 回 |
| コ マイナンバーカードの保険証利用により取得した薬剤情報等を活用した調剤の実施 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 | |
| サ 電子処方箋の受付の可否 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 | |
| シ リフィル処方箋の対応実績の件数 | | 件 |
| ス 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 | |
| セ お薬手帳の交付の可否 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 | |
| 電子版お薬手帳の対応の可否 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 | |
| ソ 緊急避妊薬の調剤の可否 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 | |
| オンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤の対応可否 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 | |
| タ 高度管理医療機器の販売業許可の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| 高度管理医療機器の貸与業許可の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| チ 検体測定室の設置の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| 検査項目を選んでください <input type="checkbox"/> AST (GOT)、 <input type="checkbox"/> ALT (GPT)、 <input type="checkbox"/> γ -GT (γ -GTP)、 <input type="checkbox"/> 中性脂肪 (TG)、 <input type="checkbox"/> HDLコレステロール、 <input type="checkbox"/> LDLコレステロール、 <input type="checkbox"/> Non-HDLコレステロール、 <input type="checkbox"/> 血糖 | | |
| 検体測定室の検査費用 | | 円 |
| ツ 事業継続計画（BCP）の策定の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| 非常用電源の有無 | <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」に基づく都道府県との協定の締結 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| 新型コロナウイルス抗原検査キットの取扱いの有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |

(5) 地域医療連携体制

| | |
|---|---|
| ア 医療連携の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| (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 |
| (ウ) 地域の医療機関等が連携した薬剤のフォーミュラリーを導入する取組 | <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 入院時の情報を共有する体制の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 入院時の情報を共有した回数 | 回 |
| エ 退院時の情報を共有する体制の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 退院時の情報を共有した回数 | 回 |
| オ ウ及びエに掲げるもののほか、地域における薬剤及び医薬品の適正な使用の推進及び効率的な提供に必要な情報を共有した回数 | 回 |
| カ 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 |
| 受診勧奨に係る情報等を医療機関に提供実績の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| キ 地域住民に対する啓発活動への参加 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| ク 調剤基本料の届出状況を下から選んでください <input type="checkbox"/> 調剤基本料 1 <input type="checkbox"/> 調剤基本料 2 <input type="checkbox"/> 調剤基本料 3 イ <input type="checkbox"/> 調剤基本料 3 ロ <input type="checkbox"/> 調剤基本料 3 ハ <input type="checkbox"/> 特別調剤基本料 | |
| 地域支援体制加算の届出状況を下から選んでください <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 地域支援体制加算 1 <input type="checkbox"/> 地域支援体制加算 2 <input type="checkbox"/> 地域支援体制加算 3 <input type="checkbox"/> 地域支援体制加算 4 | |
| 連携強化加算の届出の有無 | <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

| | |
|--------------------|---|
| 勤務薬剤師の常勤の人数 | 人 |
| 勤務薬剤師の非常勤の人数 | 人 |
| 勤務薬剤師の非常勤の人数（常勤換算） | 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) 感染防止対策の実施の有無

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

(4) 情報開示の体制

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

(5) 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 |
|----------------------------|----------------------------|

(6) 総取扱処方箋数

| | |
|-------|---|
| 総処方箋数 | 枚 |
|-------|---|

※実際の枚数を記載し、眼科、耳鼻咽喉科及び歯科の処方箋数についても三分の二を乗じる必要はありません。

(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 |

3 地域連携薬局等に関する事項

(1) 地域連携薬局

| | |
|--|---|
| ア 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 |
| イ 休日また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 |
| ウ 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 |
| エ 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 |
| オ 居宅等における調剤ならびに情報の提供およ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

| | |
|--|---------------|
| ア 傷病の区分ごとの専門性の認定を受けた薬剤師の人数 | 傷病の区分：がん 人 |
| イ 規則第10条の3第3項第2号に基づき、同項第1号の医療機関に情報を共有した回数 | 回 |
| ウ 休日また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 |
| エ 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 |

| | |
|--|---------------|
| オ 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 | 傷病の区分：がん 回 |
| カ 地域における他の医療提供施設に対して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 | 傷病の区分：がん 回 |