

# 薬局機能情報報告書

(様式1)

年 月 日

滋賀県知事 様

許可番号 第 号

住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

氏 名 (法人にあっては、名称および代表者の氏名)

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、法人の名称、代表者の役職名および氏名)

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	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td>—</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				—				※必ず7桁で記入してください。
			—						
フリガナ									
所在地 (ビル名まで)									
英語表記									

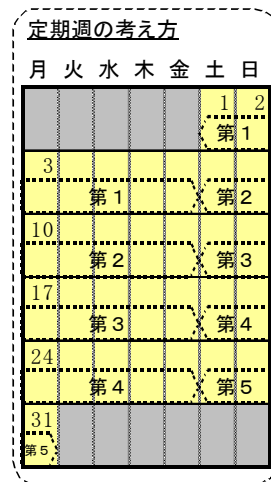


②休業日

※「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・営業時間』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ご注意ください。

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

③開店時間外で相談できる時間

24時間対応	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 否
夜間・休日営業の地域輪番	<input type="checkbox"/> 参加	<input type="checkbox"/> 不参加

特記事項

(7) 地域連携薬局の認定の有無

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

(8) 専門医療機関連携薬局（がん）の認定の有無

専門医療機関連携薬局（がん）の認定の有無	<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

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 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> 台 無料 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> 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

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
--------------------	----------------------------	----------------------------

(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）

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"/> 介護用紙おむつ支給券・購入補助券受付 <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育児の相談

可否	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 否
設者（法人の場合は、法人の名称、代表者の役職名）	<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禁煙の相談

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

⑥その他備考 ①～④「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

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

**(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等が可能（事前連絡要） <input type="checkbox"/> 手話による服薬指導等が可能（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"/> 車椅子利用者用駐車場完備 <input type="checkbox"/> 点状ブロックの設置 <input type="checkbox"/> 昇降機の設置 <input type="checkbox"/> 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）

**4 費用負担**

**(1) 医療保険および公費負担等の取扱**

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	<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（精神通院医療） <input type="checkbox"/> 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（更正医療・育成医療） <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） <input type="checkbox"/> 児童福祉法に基づく指定小児慢性特定疾病医療機関の指定（小児慢性特定疾患） <input type="checkbox"/> 難病の患者に対する医療に関する法律に基づく指定（指定医療機関）

**(2) クレジットカードによる料金の支払の可否**

クレジットカードによる料金の支払	処方箋調剤に関する支払	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	一般薬その他に関する支払	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
使用可能なカードの種類		

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) 認定薬剤師の種類および人数

認定薬剤師の種類	認定団体名	認定薬剤師の人数(人)			
研修認定薬剤師(CPC)					人
漢方薬・生薬認定薬剤師(CPC)					人
認定実務実習指導薬剤師(CPC)					人
その他( )					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

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	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
共同利用する無菌調剤室	
②一包化薬に係る調剤の実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
③麻薬に係る調剤の実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
④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
⑤薬局製剤実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
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の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
⑦オンライン服薬指導の実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
⑧電磁的記録をもって作成された処方箋の受付の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
⑨薬剤服用歴管理の実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
⑩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
⑪患者の薬剤服用歴その他の情報を一元的かつ経時的に管理できる手帳 (いわゆる「お薬手帳」)の交付の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
⑫電子お薬手帳を所持する者への対応の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否

(4) 地域医療連携体制

①医療連携の有無(地域におけるプレアポイド事例の把握・収集に関する取組)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
②医療連携の有無(地域におけるプロトコルに基づいた薬物治療(BPMP)の取組)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
③その他医療連携の取組	
④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
⑤入院時の情報を共有する体制の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
⑥退院時の情報を共有する体制の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
⑦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
⑧地域住民への啓発活動への参加の有無	<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

薬剤師数					人
------	--	--	--	--	---

(2) 医療安全対策の実施

①副作用等に係る報告の実施件数				件
②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"/>	有	<input type="checkbox"/>	無
--------------------------	---	--------------------------	---

(6) 処方箋を応需した者（以下「患者」という。）

延べ患者数（実数）					人
-----------	--	--	--	--	---

(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

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				人
----------------------------	--	--	--	---

(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医療に係る会議に出席した回数

健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師が地域医療に係る会議に出席した回数				回
----------------------------------------	--	--	--	---

(9) 患者の服薬状況等を医療機関に提供した回数

患者の服薬状況等を医療機関に提供した回数				回
----------------------	--	--	--	---

(10) 患者満足度調査の実施

①患者満足度の調査の実施の有無（過去一年以内）	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無
②患者満足度の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

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				
i. 利用者が医療機関に入院する場合に当該医療機関情報を共有した回数				回
ii. 利用者が医療機関から退院する場合に当該医療機関情報を共有した回数				回
iii. 入退院の他に医療機関に情報を共有した回数				回
③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
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行った回数				
i. 当該薬局において実施した回数				回
ii. 他の薬局の無菌調剤室を利用して実施した回数				回
iii. 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（がん）

①がんに係る専門性の認定を受けた薬剤師の人数				人
②がんに係る専門的な医療の提供等を行う医療機関に情報を共有した回数				回
③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
④在庫として保管するがん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がんに係る専門的な薬学的知見に基づく調剤および指導に関する研修を行った回数				回
⑦地域における他の薬局開設者に対してがんに係る医薬品の適正使用に関する情報を提供した回数				回