

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、別紙のとおり報告します。

調査票（薬局）

|       |  |
|-------|--|
| 機関コード |  |
| 機関名称  |  |

1. 1. 基本情報（薬局）

【連絡担当者】

|             |  |
|-------------|--|
| 記入日         |  |
| 記入者（氏名）     |  |
| 記入者（フリガナ）   |  |
| 役職名         |  |
| 所属          |  |
| 連絡先電話番号     |  |
| 連絡先ファクシミリ番号 |  |
| 電子メールアドレス   |  |

【薬局の名称】

|      |  |
|------|--|
| フリガナ |  |
| 名称   |  |
| ローマ字 |  |

【薬局の開設者】

|       |  |
|-------|--|
| フリガナ  |  |
| 開設者氏名 |  |

【薬局の管理者】

|       |  |
|-------|--|
| フリガナ  |  |
| 管理者氏名 |  |

【薬局の所在地】

|           |  |
|-----------|--|
| 郵便番号      |  |
| 所在地（フリガナ） |  |
| 所在地       |  |
| 英語表記      |  |

【薬局の面積】

|       |  |
|-------|--|
| 薬局の面積 |  |
|-------|--|

※単位は「㎡（平米）」。小数点以下は、第 1 位まで記載する。

【店舗販売業の併設の有無】

| 項目名      | 有無 |
|----------|----|
| 店舗販売業の併設 |    |

0：無し  
1：有り

【電話番号及びファクシミリ番号】

|                    |  |
|--------------------|--|
| ①営業日の開店時間内電話番号     |  |
| ②営業日の開店時間内ファクシミリ番号 |  |
| ③夜間・休日の電話番号        |  |
| ④夜間・休日のファクシミリ番号    |  |

【電子メールアドレス】

|              |  |
|--------------|--|
| 薬局の電子メールアドレス |  |
|--------------|--|

【営業日・開店時間 開店時間（１）営業日及び開店時間】

営業日

| 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 祝 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   |   |   |   |   |

0：閉店  
1：開店

|           |       |  |   |  |
|-----------|-------|--|---|--|
| 基本となる開店時間 | 時間帯 1 |  | ～ |  |
|           | 時間帯 2 |  | ～ |  |
|           | 時間帯 3 |  | ～ |  |
|           | 時間帯 4 |  | ～ |  |

※時間は24時間表記とし、例「9:00～12:00」のように記載する。

【開店時間帯 1～4】

※営業日が「1:開店」の場合、記載する。

| 曜日 | 時間帯 1 | 時間帯 2 | 時間帯 3 | 時間帯 4 |
|----|-------|-------|-------|-------|
| 月  | ～     | ～     | ～     | ～     |
| 火  | ～     | ～     | ～     | ～     |
| 水  | ～     | ～     | ～     | ～     |
| 木  | ～     | ～     | ～     | ～     |
| 金  | ～     | ～     | ～     | ～     |
| 土  | ～     | ～     | ～     | ～     |
| 日  | ～     | ～     | ～     | ～     |
| 祝  | ～     | ～     | ～     | ～     |

※時間は24時間表記とし、例「9:00～12:00」のように記載する。

【営業日・開店時間 開店時間（2）閉店日】

|             |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 毎週決まった曜日に閉店 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 祝 |
|             |   |   |   |   |   |   |   |   |

0：閉店  
1：開店

|     |     |   |   |   |   |   |   |   |
|-----|-----|---|---|---|---|---|---|---|
| 休業日 |     | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|     | 第1週 |   |   |   |   |   |   |   |
|     | 第2週 |   |   |   |   |   |   |   |
|     | 第3週 |   |   |   |   |   |   |   |
|     | 第4週 |   |   |   |   |   |   |   |
|     | 第5週 |   |   |   |   |   |   |   |

0：閉店  
1：開店

※（1）で営業曜日に選択していても週によって休業をする場合には「0」を選択すること。

| 定期週の考え方  |    |          |    |    |          |    |
|----------|----|----------|----|----|----------|----|
| 月        | 火  | 水        | 木  | 金  | 土        | 日  |
|          |    |          |    |    | 1<br>第1  | 2  |
| 3        | 4  | 5<br>第1  | 6  | 7  | 8<br>第2  | 9  |
| 10       | 11 | 12<br>第2 | 13 | 14 | 15<br>第3 | 16 |
| 17       | 18 | 19<br>第3 | 20 | 21 | 22<br>第4 | 23 |
| 24       | 25 | 26<br>第4 | 27 | 28 | 29<br>第5 | 30 |
| 31<br>第5 |    |          |    |    |          |    |

|       |    |
|-------|----|
| 項目名   | 区分 |
| 祝日に閉店 |    |

0：閉店  
1：開店

その他の閉店日（GW、お盆など、具体的な日付を記入）（2000文字以内）

【営業日・開店時間 開店時間（3）開店時間外の対応】

|            |    |
|------------|----|
| 項目名        | 可否 |
| 開店時間外の対応可否 |    |

0：不可  
1：可能

「開店時間外の対応可否」が「1:可能」の場合、選択する。

|        |    |
|--------|----|
| 項目名    | 可否 |
| 24時間対応 |    |

0：不可  
1：可能

|          |    |
|----------|----|
| 項目名      | 区分 |
| 地域輪番制に参加 |    |

0：不参加  
1：参加

|              |    |
|--------------|----|
| 項目名          | 区分 |
| 時間外連絡先を店頭に掲示 |    |

0：非掲示  
1：掲示

|               |    |
|---------------|----|
| 項目名           | 区分 |
| 時間外連絡先を薬袋等に表示 |    |

0：非掲示  
1：掲示

【営業日・開店時間 開店時間（4）特記事項】

特記事項（2000文字以内）

【開店時間外で相談できる時間】

開店時間外で相談できる時間（2000文字以内）

【健康サポート薬局である旨の表示の有無】

| 項目名         | 有無 |
|-------------|----|
| 健康サポート薬局の有無 |    |

0：無し  
1：有り

【地域連携薬局の認定の有無】

| 項目名          | 有無 |
|--------------|----|
| 地域連携薬局の認定の有無 |    |

0：無し  
1：有り

【専門医療機関連携薬局の認定の区分】

| 項目名              | 有無 |
|------------------|----|
| 専門医療機関連携薬局の認定の有無 |    |

0：無し  
1：有り

「専門医療機関連携薬局の認定の有無」が「1：有り」の場合、選択する。

| 項目名     | 区分 |
|---------|----|
| 傷病区分：がん |    |

0：非認定  
1：認定

## 1.2. 薬局へのアクセス等

### 【薬局までの主な利用交通手段】

0：無し  
1：有り

|       |                              |  |         |  |
|-------|------------------------------|--|---------|--|
| ルート 1 | 薬局最寄りの鉄道路線・駅の有無              |  | 最寄りの路線名 |  |
|       | 下車駅名                         |  |         |  |
|       | 薬局最寄りのバス路線・停留所の有無            |  |         |  |
|       | 下車バス停                        |  |         |  |
|       | 最寄り駅又はバス停から薬局までの徒歩による所要時間（分） |  |         |  |
| ルート 2 | 薬局最寄りの鉄道路線・駅の有無              |  | 最寄りの路線名 |  |
|       | 下車駅名                         |  |         |  |
|       | 薬局最寄りのバス路線・停留所の有無            |  |         |  |
|       | 下車バス停                        |  |         |  |
|       | 最寄り駅又はバス停から薬局までの徒歩による所要時間（分） |  |         |  |

|     |                              |         |         |    |
|-----|------------------------------|---------|---------|----|
| 記載例 | 薬局最寄りの鉄道路線・駅の有無              | 1       | 最寄りの路線名 | JR |
|     | 下車駅名                         | 東京駅     |         |    |
|     | 薬局最寄りのバス路線・停留所の有無            | 1       |         |    |
|     | 下車バス停                        | 〇〇バス停留所 |         |    |
|     | 最寄り駅又はバス停から薬局までの徒歩による所要時間（分） | 5       |         |    |

特記事項（2000文字以内）

### 【薬局の駐車場】

| 項目名   | 有無 |
|-------|----|
| 駐車場有無 |    |

0：無し  
1：有り

「駐車場有無」が「1:有り」の場合、記載する。

|       |    |  |   |
|-------|----|--|---|
| 駐車場台数 | 有料 |  | 台 |
|       | 無料 |  | 台 |

「駐車場有無」が「1:有り」の場合、選択する。

| 項目名         | 有無 |
|-------------|----|
| 最寄りに有料駐車場あり |    |
| 最寄りに無料駐車場あり |    |

0：無し  
1：有り

特記事項（駐車場）（2000文字以内）

| 項目名 | 有無 |
|-----|----|
| 駐輪場 |    |

0：無し  
1：有り

【ホームページアドレス】

|               |  |
|---------------|--|
| 薬局のホームページアドレス |  |
|---------------|--|

特記事項（2000文字以内）

### 1. 3. 薬局サービス等

【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)】

| 項目名             | 可否 |
|-----------------|----|
| 服薬等に関する相談(お薬相談) |    |

0：不可  
1：可能

「服薬等に関する相談(お薬相談)」が「1:可能」の場合、選択する。

| 項目名                                | 可否 | 項目名                     | 可否 |
|------------------------------------|----|-------------------------|----|
| 対応可能な内容（01一般用医薬品の相談）               |    | 対応可能な内容（02漢方相談）         |    |
| 対応可能な内容（03公衆衛生相談（ぎょう虫、しらみ駆除、疥癬など）） |    | 対応可能な内容（04誤飲・誤食による中毒相談） |    |

0：不可  
1：可能

「服薬等に関する相談(お薬相談)」が「1:可能」の場合、記載する。

対応可能な内容（05その他）（2000文字以内）

【相談に対する対応の可否（２）介護等の相談】

| 項目名    | 可否 |
|--------|----|
| 介護等の相談 |    |

0：不可  
1：可能

「介護等の相談」が「1:可能」の場合、選択する。

| 項目名                 | 可否 | 項目名                      | 可否 |
|---------------------|----|--------------------------|----|
| 対応可能な内容（01介護用品の相談）  |    | 対応可能な内容（02介護用食品の相談）      |    |
| 対応可能な内容（03ストマ装具の相談） |    | 対応可能な内容（04介護保険関連事業所等の紹介） |    |

0：不可  
1：可能

「介護等の相談」が「1:可能」の場合、記載する。  
対応可能な内容（05その他）（2000文字以内）

【相談に対する対応の可否（３）育児の相談】

| 項目名   | 可否 |
|-------|----|
| 育児の相談 |    |

0：不可  
1：可能

「育児の相談」が「1:可能」の場合、選択する。

| 項目名                       | 可否 | 項目名                           | 可否 |
|---------------------------|----|-------------------------------|----|
| 対応可能な内容（01ベビーフード、粉ミルクの相談） |    | 対応可能な内容（02ベビー用衛生用品（紙おむつ等）の相談） |    |

0：不可  
1：可能

「育児の相談」が「1:可能」の場合、記載する。  
対応可能な内容（03その他）（2000文字以内）

【相談に対する対応の可否（４）生活習慣病の相談】

| 項目名      | 可否 |
|----------|----|
| 生活習慣病の相談 |    |

0：不可  
1：可能

「生活習慣病の相談」が「1:可能」の場合、選択する。

| 項目名                   | 可否 | 項目名                   | 可否 |
|-----------------------|----|-----------------------|----|
| 対応可能な内容（01特定保健用食品の相談） |    | 対応可能な内容（02各種疾病用食品の相談） |    |
| 対応可能な内容（03各種検査薬の相談）   |    | 対応可能な内容（04自己血糖測定器の相談） |    |
| 対応可能な内容（05体脂肪測定器の相談）  |    | 対応可能な内容（06血圧測定器の相談）   |    |
| 対応可能な内容（07栄養相談）       |    | 対応可能な内容（08健康食品の相談）    |    |

0：不可  
1：可能

「生活習慣病の相談」が「1:可能」の場合、記載する。

対応可能な内容（09その他）（2000文字以内）

【相談に対する対応の可否（５）禁煙の相談】

| 項目名   | 可否 |
|-------|----|
| 禁煙の相談 |    |

0：不可  
1：可能

【相談に対する対応の可否（６）健康相談】

| 項目名  | 可否 |
|------|----|
| 健康相談 |    |

0：不可  
1：可能

【相談に対する対応の可否（７）時間外の相談対応可否】

| 項目名        | 可否 |
|------------|----|
| 時間外の相談対応可否 |    |

0：不可  
1：可能

「時間外の相談対応可否」が「1:可能」の場合、記載する。

時間外対応が可能な相談内容に関する特記事項（2000文字以内）

【相談に対する対応の可否（８）時間外の対応可能時間】

時間外の対応可能時間（300文字以内）

「時間外の対応可能時間」がある場合、記載する。  
時間外の対応可能時間に関する特記事項（2000文字以内）

【相談に対する対応の可否（９）時間外の対応連絡先（電話番号）】

|                 |  |
|-----------------|--|
| 時間外の対応連絡先（電話番号） |  |
|-----------------|--|

「時間外の対応連絡先（電話番号）」がある場合、記載する。  
時間外の対応連絡先（電話番号）に関する特記事項（2000文字以内）

【相談に対する対応の可否（１０）備考】

備考（2000文字以内）

【相談できるサービスの方法】

| 項目名     | 有無 | 項目名      | 有無 | 項目名      | 有無 |
|---------|----|----------|----|----------|----|
| 電話による対応 |    | メールによる対応 |    | SMSによる対応 |    |

0：無し  
1：有り

その他の相談できるサービスの方法（2000文字以内）

【薬剤師不在時間の有無】

| 項目名        | 有無 |
|------------|----|
| 薬剤師不在時間の有無 |    |

0：無し  
1：有り

【対応することができる外国語の種類】

※下記言語による対応が「1：可能」の場合、「対応レベル」「事前連絡の必要性」を選択する。

| 言語            | 可否 | 対応レベル | 事前連絡の必要性 |
|---------------|----|-------|----------|
| 英語による対応       |    |       |          |
| 中国語（簡体字）による対応 |    |       |          |
| 中国語（繁体字）による対応 |    |       |          |
| 韓国語・朝鮮語による対応  |    |       |          |

可否      対応レベル      事前連絡の必要性  
0：不可    1：片言        1：事前連絡必要  
1：可能    2：日常会話    2：事前連絡不要  
             3：母国語並

対応レベル      事前連絡の必要性  
1：片言          1：事前連絡必要  
2：日常会話      2：事前連絡不要  
3：母国語並

| その他の外国語による対応 | 言語 | 対応レベル | 事前連絡の必要性 |
|--------------|----|-------|----------|
| 外国語 1        |    |       |          |
| 外国語 2        |    |       |          |
| 外国語 3        |    |       |          |

外国語対応に関する特記事項（200文字以内）

【障害者に対する配慮（１）聴覚障害者に対するサービス】

| 項目名                           | 可否                       |              |
|-------------------------------|--------------------------|--------------|
| 手話による服薬指導や相談が可能               | <input type="checkbox"/> | 0：不可<br>1：可能 |
| 項目名                           | 要否                       |              |
| 手話による服薬指導や相談に関する事前連絡の必要性      | <input type="checkbox"/> | 1：必要<br>2：不要 |
| 項目名                           | 可否                       |              |
| 手話以外での服薬指導や相談が可能              | <input type="checkbox"/> | 0：不可<br>1：可能 |
| 項目名                           | 要否                       |              |
| 手話以外での服薬指導や相談に関する事前連絡の必要性     | <input type="checkbox"/> | 1：必要<br>2：不要 |
| 項目名                           | 可否                       |              |
| 手話以外の対応可能な方法として画面表示による対応可否    | <input type="checkbox"/> | 0：不可<br>1：可能 |
| 項目名                           | 可否                       |              |
| 手話以外の対応可能な方法として文書による対応可否      | <input type="checkbox"/> | 0：不可<br>1：可能 |
| 項目名                           | 可否                       |              |
| 手話以外の対応可能な方法として筆談による対応可否      | <input type="checkbox"/> | 0：不可<br>1：可能 |
| 項目名                           | 可否                       |              |
| 手話以外の対応可能な方法として上記以外の方法による対応可否 | <input type="checkbox"/> | 0：不可<br>1：可能 |

【障害者に対する配慮（２）視覚障害者に対するサービス】

|                           |    |           |              |    |
|---------------------------|----|-----------|--------------|----|
| 項目名                       |    | 可否        | 0：不可<br>1：可能 |    |
| 薬袋への点字表示が可能               |    |           |              |    |
| 項目名                       |    | 可否        | 0：不可<br>1：可能 |    |
| 薬剤への点字表示が可能               |    |           |              |    |
| 項目名                       |    | 可否        | 0：不可<br>1：可能 |    |
| 服薬指導用文書への点字表示が可能          |    |           |              |    |
| 項目名                       |    | 可否        | 0：不可<br>1：可能 |    |
| お薬服用識別シールでの対応が可能          |    |           |              |    |
| 項目名                       |    | 可否        | 0：不可<br>1：可能 |    |
| 点字による服薬指導や相談が可能           |    |           |              |    |
| 項目名                       |    | 要否        | 1：必要<br>2：不要 |    |
| 点字による服薬指導や相談に関する事前連絡の必要性  |    |           |              |    |
| 項目名                       |    | 可否        | 0：不可<br>1：可能 |    |
| 点字以外での服薬指導や相談が可能          |    |           |              |    |
| 項目名                       |    | 要否        | 1：必要<br>2：不要 |    |
| 点字以外での服薬指導や相談に関する事前連絡の必要性 |    |           |              |    |
| 項目名                       | 可否 | 項目名       | 設置           | 可否 |
| 音声案内が可能                   |    | 点字ブロックが設置 |              | 0  |

【車椅子の利用者に対する配慮】

| 項目名       | 可否 |
|-----------|----|
| 車椅子での来局可否 |    |

0：不可  
1：可能

| 項目名           | 有無 | 項目名       | 有無 | 項目名          | 有無 |
|---------------|----|-----------|----|--------------|----|
| スロープの有無       |    | 手すりの有無    |    | 身体障害者用トイレの有無 |    |
| 車椅子利用者用駐車場の有無 |    | 点状ブロックの有無 |    | 昇降機の有無       |    |

0：無し  
1：有り

| 項目名                                                               | 有無 |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| 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」への適合の有無（バリアフリー） |    |

0：無し  
1：有り

【特定販売を行う際に使用する通信手段（１）電話による販売】

| 項目名        | 有無 |
|------------|----|
| 電話による販売の有無 |    |

0：無し  
1：有り

「電話による販売の有無」が「1:有り」の場合、記載する。

電話による販売時間（300文字以内）

「電話による販売の有無」が「1:有り」の場合、選択する。

| 項目名                         | 有無 | 項目名                      | 有無 |
|-----------------------------|----|--------------------------|----|
| 電話による販売を行う医薬品の区分（薬局製造販売医薬品） |    | 電話による販売を行う医薬品の区分（第1類医薬品） |    |
| 電話による販売を行う医薬品の区分（第2類医薬品）    |    | 電話による販売を行う医薬品の区分（第3類医薬品） |    |

0：無し  
1：有り

【特定販売を行う際に使用する通信手段（２）インターネットによる販売】

| 項目名             | 有無 |
|-----------------|----|
| インターネットによる販売の有無 |    |

0：無し  
1：有り

「インターネットによる販売の有無」が「1:有り」の場合、記載する。

インターネットによる販売時間（300文字以内）

「インターネットによる販売の有無」が「1:有り」の場合、選択する。

| 項目名                              | 有無 | 項目名                           | 有無 |
|----------------------------------|----|-------------------------------|----|
| インターネットによる販売を行う医薬品の区分（薬局製造販売医薬品） |    | インターネットによる販売を行う医薬品の区分（第1類医薬品） |    |
| インターネットによる販売を行う医薬品の区分（第2類医薬品）    |    | インターネットによる販売を行う医薬品の区分（第3類医薬品） |    |

0：無し  
1：有り

【特定販売を行う際に使用する通信手段（３）カタログによる販売】

| 項目名          | 有無 |
|--------------|----|
| カタログによる販売の有無 |    |

0：無し  
1：有り

「カタログによる販売の有無」が「1:有り」の場合、記載する。

カタログによる販売時間（300文字以内）

「カタログによる販売の有無」が「1:有り」の場合、選択する。

| 項目名                           | 有無 | 項目名                        | 有無 |
|-------------------------------|----|----------------------------|----|
| カタログによる販売を行う医薬品の区分（薬局製造販売医薬品） |    | カタログによる販売を行う医薬品の区分（第1類医薬品） |    |
| カタログによる販売を行う医薬品の区分（第2類医薬品）    |    | カタログによる販売を行う医薬品の区分（第3類医薬品） |    |

0：無し  
1：有り

【特定販売を行う際に使用する通信手段（４）その他の方法による販売】

その他の販売方法の通信手段（2000文字以内）

「その他の販売方法の通信手段」がある場合、記載する。  
その他の方法による販売時間（300文字以内）

「その他の販売方法の通信手段」がある場合、選択する。

| 項目名                             | 有無 | 項目名                          | 有無 |
|---------------------------------|----|------------------------------|----|
| その他の方法による販売を行う医薬品の区分（薬局製造販売医薬品） |    | その他の方法による販売を行う医薬品の区分（第1類医薬品） |    |
| その他の方法による販売を行う医薬品の区分（第2類医薬品）    |    | その他の方法による販売を行う医薬品の区分（第3類医薬品） |    |

0：無し  
1：有り

【薬局製剤実施の可否】

| 項目名       | 可否 |
|-----------|----|
| 薬局製剤実施の可否 |    |

0：不可  
1：可能

【薬局医薬品の取扱品目数】

| 項目名         | 数量 |
|-------------|----|
| 薬局医薬品の取扱品目数 | 品目 |

【要指導医薬品・一般用医薬品の取扱品目数】

| 項目名                 | 数量 |
|---------------------|----|
| 要指導医薬品・一般用医薬品の取扱品目数 | 品目 |

【特別用途食品の取扱いの有無】

| 項目名   | 有無 | 項目名    | 有無 | 項目名       | 有無 |
|-------|----|--------|----|-----------|----|
| 病者用食品 |    | 乳児用調整乳 |    | えん下困難者用食品 |    |

0：無し  
1：有り

【配送サービスの利用可否について】

| 項目名         | 可否 |
|-------------|----|
| 配送サービスの利用可否 |    |

0：不可  
1：可能

【配送サービスの利用の方法について】

※「配送サービスの利用可否」が「1:可能」の場合、記載する。  
配送の方法（2000文字以内）

【配送サービスの利用の費用について】

※「配送サービスの利用可否」が「1:可能」の場合、記載する。  
配送の利用料（2000文字以内）

1. 4. 費用負担等

【医療保険及び公費負担等の取扱い（1）健康保険法に基づく保険薬局としての指定の有無】

| 項目名                    | 有無           |
|------------------------|--------------|
| 健康保険法に基づく保険薬局としての指定の有無 | 0：無し<br>1：有り |

【医療保険及び公費負担等の取扱い（2）届出が必要な公費負担等の取扱い】

| 項目名                                              | 有無           |
|--------------------------------------------------|--------------|
| 生活保護法に基づく指定の有無                                   | 0：無し<br>1：有り |
| 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              |              |
| 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                        |              |
| 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律に基づく指定の有無                     |              |
| 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)    |              |
| 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) |              |
| 労働者災害補償保険法に基づく指定の有無                              |              |
| 児童福祉法に基づく指定の有無                                   |              |
| 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                      |              |
| 母子保健法に基づく指定の有無                                   |              |
| 戦傷病者特別援護法に基づく指定の有無                               |              |

【電子決済による料金の支払の可否（1）電子決済サービスの有無】

| 項目名          | 可否           |
|--------------|--------------|
| 電子決済サービスへの対応 | 0：不可<br>1：可能 |

【電子決済による料金の支払の可否（2）対応可能な決済サービス】

「電子決済サービスへの対応」が「1:可能」の場合、選択する。

| 項目名                        | 可否 | 項目名                         | 可否 |
|----------------------------|----|-----------------------------|----|
| クレジットカードによる処方箋調剤に関する支払いが可能 |    | クレジットカードによる一般薬その他に関する支払いが可能 |    |
| デビットカードによる処方箋調剤に関する支払いが可能  |    | デビットカードによる一般薬その他に関する支払いが可能  |    |
| その他電子決済による処方箋調剤に関する支払いが可能  |    | その他電子決済による一般薬その他に関する支払いが可能  |    |

0：不可  
1：可能

【電子決済による料金の支払の可否（３）決済サービス名称】

「クレジットカードによる処方箋調剤に関する支払いが可能」又は  
「クレジットカードによる一般薬その他に関する支払いが可能」が「1:可能」の場合、選択する。

| 項目名            | 可否 | 項目名              | 可否 | 項目名                   | 可否 |
|----------------|----|------------------|----|-----------------------|----|
| JCB（クレジットカード）  |    | VISA（クレジットカード）   |    | Master Card（クレジットカード） |    |
| 中国銀聯（クレジットカード） |    | American Express |    | DISCOVER              |    |
| Diners Club    |    | UFJ              |    | DC                    |    |
| ニコス            |    |                  |    |                       |    |

0：不可  
1：可能

「デビットカードによる処方箋調剤に関する支払いが可能」又は  
「デビットカードによる一般薬その他に関する支払いが可能」が「1:可能」の場合、選択する。

| 項目名           | 可否 | 項目名           | 可否 | 項目名                  | 可否 |
|---------------|----|---------------|----|----------------------|----|
| JCB（デビットカード）  |    | VISA（デビットカード） |    | Master Card（デビットカード） |    |
| 中国銀聯（デビットカード） |    |               |    |                      |    |

0：不可  
1：可能

「その他電子決済による処方箋調剤に関する支払いが可能」又は  
「その他電子決済による一般薬その他に関する支払いが可能」が「1:可能」の場合、選択する。

| 項目名              | 可否 | 項目名                        | 可否 | 項目名 | 可否 |
|------------------|----|----------------------------|----|-----|----|
| 交通系電子マネー（Suica等） |    | Edy                        |    | iD  |    |
| 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 |    |     |    |

0：不可  
1：可能

特記事項（2000文字以内）

## 2.1. 業務内容、提供サービス

### 【認定薬剤師の種類及び人数】

| 項目名                                               | 人数 |
|---------------------------------------------------|----|
| 研修認定薬剤師（公益財団法人日本薬剤師研修センター（CPC））の人数                | 人  |
| 漢方薬・生薬認定薬剤師（公益財団法人日本薬剤師研修センターと日本生薬学会が合同認定）の人数     | 人  |
| 小児薬物療法認定薬剤師（公益財団法人日本薬剤師研修センターと日本小児臨床薬理学会の合同認定）の人数 | 人  |
| 認定実務実習指導薬剤師（一般社団法人薬学教育協議会）の人数                     | 人  |
| 地域薬学ケア専門薬剤師（がん）（一般社団法人日本医療薬学会）の人数                 | 人  |
| 外来がん治療専門薬剤師（一般社団法人 日本臨床腫瘍薬学会）の人数                  | 人  |

「上記以外の認定薬剤師の資格名」に記載がある場合、「上記以外の認定薬剤師の人数」を記載する。

| 項目名                   | 資格名 | 項目名                  | 人数 |
|-----------------------|-----|----------------------|----|
| 上記以外の認定薬剤師の資格名<br>(1) |     | 上記以外の認定薬剤師の人数<br>(1) | 人  |
| 上記以外の認定薬剤師の資格名<br>(2) |     | 上記以外の認定薬剤師の人数<br>(2) | 人  |
| 上記以外の認定薬剤師の資格名<br>(3) |     | 上記以外の認定薬剤師の人数<br>(3) | 人  |
| 上記以外の認定薬剤師の資格名<br>(4) |     | 上記以外の認定薬剤師の人数<br>(4) | 人  |
| 上記以外の認定薬剤師の資格名<br>(5) |     | 上記以外の認定薬剤師の人数<br>(5) | 人  |
| 上記以外の認定薬剤師の資格名<br>(6) |     | 上記以外の認定薬剤師の人数<br>(6) | 人  |
| 上記以外の認定薬剤師の資格名<br>(7) |     | 上記以外の認定薬剤師の人数<br>(7) | 人  |
| 上記以外の認定薬剤師の資格名<br>(8) |     | 上記以外の認定薬剤師の人数<br>(8) | 人  |
| 上記以外の認定薬剤師の資格名<br>(9) |     | 上記以外の認定薬剤師の人数<br>(9) | 人  |

### 【健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師の人数】

| 項目名                      | 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  |

### 【登録販売者、その他資格者の人数】

| 項目名       | 人数 | 項目名      | 人数 | 項目名    | 人数 |
|-----------|----|----------|----|--------|----|
| 登録販売者の人数  | 人  | 管理栄養士的人数 | 人  | 栄養士的人数 | 人  |
| その他資格者の人数 |    |          |    |        |    |

【薬局の業務内容】

| 項目名                                      | 可否 |
|------------------------------------------|----|
| 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場合を含む。） |    |

0：不可  
1：可能

| 項目名      | 有無 | 項目名        | 有無 | 項目名         | 有無 |
|----------|----|------------|----|-------------|----|
| 無菌調剤室の有無 |    | クリーンベンチの有無 |    | 安全キャビネットの有無 |    |

0：無し  
1：有り

| 項目名                        | 回数 | 項目名                               | 回数 |
|----------------------------|----|-----------------------------------|----|
| 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。（2000文字以内）

| 項目名            | 可否 |
|----------------|----|
| 一包化に係る調剤の実施の可否 |    |

0：不可  
1：可能

※「麻薬に係る調剤の実施の可否」が「1:可能」の場合、実施回数を記載する。

| 項目名        | 可否 | 回数 |
|------------|----|----|
| 麻薬に係る調剤の実施 |    | 回  |

0：不可  
1：可能

| 項目名                | 可否 |
|--------------------|----|
| 浸煎薬及び湯薬に係る調剤の実施の可否 |    |

0：不可  
1：可能

※「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」が「1:可能」の場合、実施件数を記載する。

| 項目名                      | 可否 | 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    |

0：不可  
1：可能

| 項目名                         | 有無 |
|-----------------------------|----|
| 携帯型ディスプレイ注入ポンプ（PCA型）の取扱いの有無 |    |

0：無し  
1：有り

| 項目名               | 有無 |
|-------------------|----|
| 小児の訪問薬剤管理指導の実績の有無 |    |

0：無し  
1：有り

| 項目名                 | 可否 |
|---------------------|----|
| 医療的ケア児への薬学的管理・指導の可否 |    |

0：不可  
1：可能

| 項目名             | 可否 |
|-----------------|----|
| オンライン服薬指導の実施の可否 |    |

0：不可  
1：可能

「オンライン服薬指導の実施の可否」が「1:可能」の場合、記載する。  
オンライン服薬指導に対応するシステム（2000文字以内）

「オンライン服薬指導の実施の可否」が「1:可能」の場合、記載する。  
オンライン服薬指導に関するページのURL（1000文字以内）

「オンライン服薬指導の実施の可否」が「1:可能」の場合、記載する。

| 項目名              | 回数 |
|------------------|----|
| オンライン服薬指導を実施した回数 | 回  |

| 項目名                                   | 可否 |
|---------------------------------------|----|
| 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 |    |

0：不可  
1：可能

| 項目名         | 可否 |
|-------------|----|
| 電子処方箋の受付の可否 |    |

0：不可  
1：可能

| 項目名             | 件数 |
|-----------------|----|
| リフィル処方箋の対応実績の件数 | 件  |

| 項目名                   | 有無 |
|-----------------------|----|
| 電磁的記録による薬剤服用歴管理の実施の有無 |    |

0：無し  
1：有り

| 項目名        | 可否 |
|------------|----|
| お薬手帳の交付の可否 |    |

0：不可  
1：可能

| 項目名           | 可否 |
|---------------|----|
| 電子版お薬手帳の対応の可否 |    |

0：不可  
1：可能

| 項目名           | 可否 |
|---------------|----|
| 緊急避妊薬の調剤の対応可否 |    |

0：不可  
1：可能

| 項目名                     | 可否 |
|-------------------------|----|
| オンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤の対応可否 |    |

0：不可  
1：可能

| 項目名               | 有無 |
|-------------------|----|
| 高度管理医療機器の販売業許可の有無 |    |

0：無し  
1：有り

| 項目名               | 有無 |
|-------------------|----|
| 高度管理医療機器の貸与業許可の有無 |    |

0：無し  
1：有り

| 項目名         | 有無 |
|-------------|----|
| 検体測定室の設置の有無 |    |

0：無し  
1：有り

「検体測定室の設置の有無」が「1:有り」の場合、選択する。

| 項目名                           | 有無 | 項目名                       | 有無 | 項目名                        | 有無 |
|-------------------------------|----|---------------------------|----|----------------------------|----|
| 検体測定室の検査項目の有無（AST(GOT)）       |    | 検体測定室の検査項目の有無（ALT(GPT)）   |    | 検体測定室の検査項目の有無（γ-GT（γ-GTP）） |    |
| 検体測定室の検査項目の有無（中性脂肪（TG））       |    | 検体測定室の検査項目の有無（HDLコレステロール） |    | 検体測定室の検査項目の有無（LDLコレステロール）  |    |
| 検体測定室の検査項目の有無（Non-HDLコレステロール） |    | 検体測定室の検査項目の有無（血糖）         |    | 検体測定室の検査項目の有無（HbA1c）       |    |

0：無し  
1：有り

「検体測定室の設置の有無」が「1:有り」の場合、記載する。

検体測定室の検査費用（200文字以内）

| 項目名                     | 有無 | 項目名      | 有無 | 項目名                                         | 有無 |
|-------------------------|----|----------|----|---------------------------------------------|----|
| 事業継続計画（BCP）の策定の有無       |    | 非常用電源の有無 |    | 「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 |    |
| 新型コロナウイルス抗原検査キットの取扱いの有無 |    |          |    |                                             |    |

0：無し  
1：有り

#### 【地域医療連携体制】

| 項目名     | 有無 |
|---------|----|
| 医療連携の有無 |    |

0：無し  
1：有り

「医療連携の有無」が「1:有り」の場合、選択する。

| 項目名                             | 有無 | 項目名                          | 有無 |
|---------------------------------|----|------------------------------|----|
| ブレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無         |    | プロトコルに基づいた薬物治療管理（PBPM）の取組の有無 |    |
| 項目名                             | 有無 |                              |    |
| 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 |    |                              |    |

0：無し  
1：有り

| 項目名                   | 有無 |
|-----------------------|----|
| 地域医療情報連携ネットワークへの参加の有無 |    |

0：無し  
1：有り

※「入院時の情報を共有する体制の有無」が「1:有り」の場合、共有した回数を記載する。

| 項目名           | 有無 | 回数 |
|---------------|----|----|
| 入院時の情報を共有する体制 |    | 回  |

0：無し  
1：有り

※「退院時の情報を共有する体制の有無」が「1:有り」の場合、共有した回数を記載する。

| 項目名           | 有無 | 回数 |
|---------------|----|----|
| 退院時の情報を共有する体制 |    | 回  |

0：無し  
1：有り

| 項目名                                                  | 回数 |
|------------------------------------------------------|----|
| 入院時の情報を共有する体制及び退院時の情報を共有する体制に掲げるもののほか、医療機関に情報を共有した回数 | 回  |

| 項目名                       | 有無 |
|---------------------------|----|
| 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 |    |

0：無し  
1：有り

「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」が「1:有り」の場合、選択する。

| 項目名                     | 有無 |
|-------------------------|----|
| 受診勧奨に係る情報等を医療機関に提供実績の有無 |    |

0：無し  
1：有り

| 項目名               | 有無 |
|-------------------|----|
| 地域住民への啓発活動への参加の有無 |    |

0：無し  
1：有り

| 項目名        | 選択値 |
|------------|-----|
| 調剤基本料の届出状況 |     |

0：無し  
4：調剤基本料3口  
1：調剤基本料1  
5：調剤基本料3ハ  
2：調剤基本料2  
6：特別調剤基本料A  
3：調剤基本料3イ  
7：特別調剤基本料B

| 項目名           | 選択値 |
|---------------|-----|
| 地域支援体制加算の届出状況 |     |

0：無し  
3：地域支援体制加算3  
1：地域支援体制加算1  
4：地域支援体制加算4  
2：地域支援体制加算2

| 項目名          | 有無 |
|--------------|----|
| 連携強化加算の届出の有無 |    |

0：無し  
1：有り

## 2. 2. 実績、結果等に関する事項

### 【薬局の薬剤師数】

| 項目名         | 人数 | 項目名          | 人数 | 項目名                | 人数 |
|-------------|----|--------------|----|--------------------|----|
| 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  |

### 【医療安全対策の実施】

| 項目名               | 件数 |
|-------------------|----|
| （i）副作用等に係る報告の実施件数 | 件  |

| 項目名                    | 有無 |
|------------------------|----|
| （ii）医療安全対策に係る事業への参加の有無 |    |

0：無し  
1：有り

### 【感染防止対策の実施の有無】

| 項目名          | 有無 |
|--------------|----|
| 感染防止対策の実施の有無 |    |

0：無し  
1：有り

### 【情報開示の体制】

| 項目名     | 可否 |
|---------|----|
| 情報開示の体制 |    |

0：不可  
1：可能

### 【症例を検討するための会議等の開催の有無】

| 項目名                 | 有無 |
|---------------------|----|
| 症例を検討するための会議等の開催の有無 |    |

0：無し  
1：有り

### 【総取扱処方箋数】

| 項目名     | 枚数 |
|---------|----|
| 総取扱処方箋数 | 枚  |

### 【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】

| 項目名                                                       | 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  |

### 【患者の服薬状況等を医療機関に提供した回数】

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

### 【患者満足度の調査】

| 項目名               | 有無 |
|-------------------|----|
| （i）患者満足度の調査の実施の有無 |    |

「患者満足度の調査の実施の有無」が「1：有り」の場合、選択する。

| 項目名                  | 有無 |
|----------------------|----|
| （ii）患者満足度の調査結果の提供の有無 |    |

0：無し  
1：有り

## 2. 3. 地域連携薬局等に関する事項

【地域連携薬局 ※地域連携薬局ではない場合、入力不要です。】

| 項目名                         | 人数                     |
|-----------------------------|------------------------|
| 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 | <input type="text"/> 人 |

| 項目名                                         | 回数                     |
|---------------------------------------------|------------------------|
| 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 | <input type="text"/> 回 |

| 項目名                                     | 回数                     |
|-----------------------------------------|------------------------|
| 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 | <input type="text"/> 回 |

| 項目名                                    | 回数                     |
|----------------------------------------|------------------------|
| 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 | <input type="text"/> 回 |

| 項目名                                   | 回数                     |
|---------------------------------------|------------------------|
| 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 | <input type="text"/> 回 |

【専門医療機関連携薬局 ※専門医療機関連携薬局ではない場合、入力不要です。】

| 項目名                                   | 人数                     |
|---------------------------------------|------------------------|
| 第十条の三第一項に規定する傷病の区分ごとの専門性の認定を受けた薬剤師の人数 | <input type="text"/> 人 |

| 項目名                                  | 回数                     |
|--------------------------------------|------------------------|
| 第十条の三第三項第二号に基づき、同項第一号の医療機関に情報を共有した回数 | <input type="text"/> 回 |

| 項目名                                         | 回数                     |
|---------------------------------------------|------------------------|
| 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 | <input type="text"/> 回 |

| 項目名                                                          | 回数                     |
|--------------------------------------------------------------|------------------------|
| 在庫として保管する第十条の三第一項に規定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 | <input type="text"/> 回 |

| 項目名                                                                   | 回数                     |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 地域における他の薬局開設者に対して第十条の三第一項に規定する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 | <input type="text"/> 回 |

| 項目名                                                          | 回数                     |
|--------------------------------------------------------------|------------------------|
| 地域における他の医療提供施設に対して第十条の三第一項に規定する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 | <input type="text"/> 回 |