

第 3 号様式の 2 (第 5 条の 2 関係)

薬局機能情報報告書

年 月 日

大分県知事

殿

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
及び代表者の氏名〕

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、下記のとおり薬局に関する情報を報告します。

記

第 1 管理、運営、サービス等に関する事項

1 基本情報

ふりがな	
ローマ字	
薬局の名称	
ふりがな	
薬局開設者 (法人にあつては、 業務を行う役員 のうち代表者の氏名)	
ふりがな	
薬局の管理者	

郵便番号	〒	—
ふりがな		
薬局の所在地		
英語表記		
電話番号	—	—
ファクシミリ番号	—	—
営業日 開店時間	<input type="checkbox"/> 月 () <input type="checkbox"/> 火 () <input type="checkbox"/> 水 () <input type="checkbox"/> 木 () <input type="checkbox"/> 金 () <input type="checkbox"/> 土 () <input type="checkbox"/> 日 () 特別な休業日 ()	
	<input type="checkbox"/> 開店時間外への対応 開店時間外連絡先 (電話番号 — —) <input type="checkbox"/> 夜間休日の輪番・当番	
開店時間外で 相談できる時間	時	分 ~ 時 分

2 薬局へのアクセス

アクセス	最寄りの駅・停留所		
	線	駅	
	行バス	バス停	から 徒歩 分
駐 車 場	<input type="checkbox"/> 有 (台)	<input type="checkbox"/> 無	その他 ()
	<input type="checkbox"/> 有料 <input type="checkbox"/> 無料		
ホームページ (URL)	<input type="checkbox"/> 有 (http://)		<input type="checkbox"/> 無
メールアドレス	<input type="checkbox"/> 有 ()		<input type="checkbox"/> 無

3 薬局サービス等

<p>健康サポート 薬局である旨 の表示</p>	<p><input type="checkbox"/>有</p>	<p><input type="checkbox"/>無</p>
<p>相談に対する 対応</p>	<p><薬> <input type="checkbox"/>一般用医薬品の相談 <input type="checkbox"/>漢方相談 <input type="checkbox"/>誤飲誤食による中毒相談 <input type="checkbox"/>公衆衛生相談（ぎょう虫、シラミ駆除等）</p> <p><介護> <input type="checkbox"/>介護に関する相談 <input type="checkbox"/>介護用品の取扱い <input type="checkbox"/>介護用食品の取扱い <input type="checkbox"/>ストマ装具の取扱い <input type="checkbox"/>介護保険関連事業所等の紹介</p> <p><育児> <input type="checkbox"/>ベビーフード <input type="checkbox"/>粉ミルクの取扱い <input type="checkbox"/>ベビー用衛生用品（紙おむつ等）の取扱い</p> <p><生活習慣病> <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"/>健康食品の相談 <input type="checkbox"/>禁煙の相談 <input type="checkbox"/>各種検査薬の取扱い <input type="checkbox"/>血圧測定器の取扱い <input type="checkbox"/>体脂肪測定器の取扱い <input type="checkbox"/>自己血糖測定器の取扱い</p>	
<p>外国語 の対応</p>	<p><input type="checkbox"/>可（<input type="checkbox"/>事前連絡必要）</p>	<p><input type="checkbox"/>否</p>
<p>薬剤師不在 時間の有無</p>	<p><input type="checkbox"/>有</p>	<p><input type="checkbox"/>無</p>

外国語の種類

対応レベル（日常会話レベル 母国語レベル）

障 害 者 に対する配慮	聴覚障害者に対するサービス		視覚障害者に対するサービス	
	<input type="checkbox"/> 可 (<input type="checkbox"/> 事前連絡必要) <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 手話 その他 ()	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 可 (<input type="checkbox"/> 事前連絡必要) <input type="checkbox"/> 点字 <input type="checkbox"/> 音声案内 その他 ()	<input type="checkbox"/> 否
車 椅 子 利 用 者 に 対 する 配 慮	<input type="checkbox"/> 可			<input type="checkbox"/> 否
	<input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 身体障害者用トイレ <input type="checkbox"/> 車椅子利用者駐車場 <input type="checkbox"/> 点字ブロック <input type="checkbox"/> 昇降機			
受動喫煙防止 のための措置	<input type="checkbox"/> 全面禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙所設置 (分煙) <input type="checkbox"/> 未実施			

4 費用負担

医療保険及び 公費負担等の 取 扱 い	健康保険法に基づく保険薬局としての指定の有無	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	生活保護法に基づく指定の有無	<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指定の有無	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	戦傷病者特別援護法に基づく指定の有無	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	母子保健法に基づく指定の有無	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	児童福祉法に基づく指定の有無	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
クレジットカード に よ る 料 金 の 支 払	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 否
	利用可能な種類 ()	

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

認定薬剤師	種類 []	人数 []
健康サポート 研修修了薬剤師	健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師 人数 []	
薬局の 業務内容	無菌製剤処理に係る調剤の実施	<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 否
	一包化薬に係る調剤の実施	<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 否
	麻薬に係る調剤の実施	<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 否
	浸煎薬及び湯薬に係る調剤の実施	<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 否
	薬局製剤の実施	<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の実施	<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 否
	薬剤服用歴管理の実施	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	電磁的記録による薬剤服用歴管理の実施	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	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	<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 否
	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	<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 否
地域医療 連携体制	医療機関と連携した在宅医療	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	地域医療情報連携ネットワークへの参加	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	退院時の情報を共有する体制	<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する体制	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	講習会、学校教育等の地域住民への啓発活動への参加	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無

2 実績、結果等に関する事項

実績・結果	薬局の薬剤師数	人
	副作用等に係る報告の実施件数	件
	医療安全対策に係る事業への参加	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	情報開示の体制	<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 否
	症例を検討するための会議等の開催	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	前年の延べ患者（処方せんを応需した者）数	人
	居宅等において行う調剤業務の実施件数	件
	健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師が 地域包括ケアシステムの構築のための会議（地域 ケア会議等）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	回
	患者満足度の調査（アンケート等）の実施	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	患者満足度の調査結果の提供	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無