

年 月 日

茨城県知事 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）

印

薬局機能情報報告書

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、次のとおり薬局に関する情報を報告します。

報告の種類	<input type="checkbox"/> 定期	<input type="checkbox"/> 新規
許可番号		

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) 薬局の開設者（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

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	〒 —
フリガナ	
所在地	
英語表記	

(5) 電話番号及びファクシミリ番号

電話番号 (開店時間内)		—	—
電話番号 (開店時間外)	開店日 開店時間外対応	—	—
	休業日対応	—	—
	地域輪番制に参加	—	—
ファクシミリ番号		—	—
対応できない時間帯			

(6) 開店日及び開店時間

開店 時間 1	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日
	：	：	：	：
	～	～	～	～
	：	：	：	：
開店 時間 2	金曜日	土曜日	日曜日	祝日
	：	：	：	：
	～	～	～	～
	：	：	：	：
特記事項				

(7) 開店時間以外で相談できる時間

--

2 薬局へのアクセス

(1) 薬局までの主な利用交通手段

最寄りの駅	線	駅から徒歩 () 分
最寄りのバス停		停留所から徒歩 () 分

(2) 薬局の駐車場

駐車場の有無 (契約駐車場含む)	<input type="checkbox"/> 有	有料・無料の別	<input type="checkbox"/> 有料 ・ <input type="checkbox"/> 無料
	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 近隣に有料駐車場あり <input type="checkbox"/> 近隣に無料駐車場あり	
駐車台数	台		

(3) ホームページアドレス (URL)

http : //	
有料・無料の別	<input type="checkbox"/> 有料 (利用料金 円) ・ <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

<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無

(2) 対応可能な相談内容

内 容	<input type="checkbox"/> 健康相談	<input type="checkbox"/> 誤飲・誤食による中毒相談
	<input type="checkbox"/> 介護相談	<input type="checkbox"/> 薬物乱用防止に関する相談
	<input type="checkbox"/> 禁煙相談	<input type="checkbox"/> 栄養相談

(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

種 類	レ ベ ル 及 び 事 前 連 絡 要 否
<input type="checkbox"/> 英語	<input type="checkbox"/> 母国語並 <input type="checkbox"/> 日常会話 <input type="checkbox"/> 片言 <input type="checkbox"/> 事前連絡必要 <input type="checkbox"/> 事前連絡不要
<input type="checkbox"/> () 語	<input type="checkbox"/> 母国語並 <input type="checkbox"/> 日常会話 <input type="checkbox"/> 片言 <input type="checkbox"/> 事前連絡必要 <input type="checkbox"/> 事前連絡不要
<input type="checkbox"/> () 語	<input type="checkbox"/> 母国語並 <input type="checkbox"/> 日常会話 <input type="checkbox"/> 片言 <input type="checkbox"/> 事前連絡必要 <input type="checkbox"/> 事前連絡不要
特記事項	

(5) 障害者に対する配慮

聴覚障害者に対するサービス内容	<input type="checkbox"/> 手話による服薬指導が可能（事前連絡必要） <input type="checkbox"/> 手話による服薬指導が可能（事前連絡不要） <input type="checkbox"/> 画面表示を使用して服薬指導が可能 <input type="checkbox"/> 文書又は筆談での服薬指導が可能
視覚障害者に対するサービス内容	<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"/> 服薬指導の文書の点字表示が可能 <input type="checkbox"/> 音声案内が可能

(6) 車椅子の利用者に対する配慮

車椅子での来局可否	<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 否
車椅子利用者に対するサービス内容	<input type="checkbox"/> スロープの設置 <input type="checkbox"/> 手すりの設置 <input type="checkbox"/> 昇降機の設置 <input type="checkbox"/> 身体障害者用トイレの設置 <input type="checkbox"/> 身体障害者専用駐車場の設置 <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に基づく建築物移動等円滑化基準への適合（バリアフリー）

(7) 受動喫煙を防止するための措置

<input type="checkbox"/> 全面禁煙 ・ <input type="checkbox"/> 分煙（喫煙所あり） ・ <input type="checkbox"/> 未実施

4 費用負担

(1) 医療保険及び公費負担等の取扱い

健康保険法に基づく指定の有無	<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
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"/> 育成医療 <input type="checkbox"/> 更生医療 <input type="checkbox"/> 精神通院医療 <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
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
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
労働者災害補償保険法に基づく指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無

(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支払の可否	<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 否
利用可能なクレジットカードの種類	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> DC <input type="checkbox"/> UC <input type="checkbox"/> ダイナース <input type="checkbox"/> アメリカンエクスプレス <input type="checkbox"/> その他 ()

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、又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。）の種類及び人数

認定名称	認定団体名 ※公益社団法人薬剤師認定制度認証機構により認証を受けた認定の場合は「(CPC)」を付記	人数
		人
		人
		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

研修を修了した薬剤師数	人
-------------	---

(3) 薬局の業務内容

無菌製剤処理に係る調剤の実施の可否 ※共同利用の場合、無菌調剤室提供薬局の名称及び所在地を記載すること。	<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 否 名称： 所在地：
一包化薬に係る調剤の実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 否
麻薬に係る調剤の実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 否
浸煎薬及び湯薬に係る調剤の実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 否
薬局製剤実施の可否	<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の実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 否
薬剤服用歴管理の実施の有無	<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の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
薬剤情報を記載するための手帳の交付の可否	<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の可否	<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 否

(4) 地域医療連携体制

医療連携の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> プレアボイド事例の把握・収集に関する取組
		<input type="checkbox"/> プロトコルに基づいた薬物治療管理 (PBPM) の取組
	<input type="checkbox"/> 無	
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	
退院時の情報を共有する体制の有無	<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する体制の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
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

副作用等に係る国への報告の実施件数 (報告期日の前年1年間の延べ件数)	件
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) 情報開示の体制

<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無

(4) 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

(5) 処方箋を応需した者の数 (患者数)

報告期日の前年1年間の延べ患者数	人
------------------	---

(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

報告期日の前年1年間の延べ件数	件
-----------------	---

(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年間の延べ回数	回
-----------------	---

(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年間の延べ回数	回
-----------------	---

(9) 患者満足度の調査

患者満足度の調査の実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
患者満足度の調査結果の提供の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無

(注) 1 自筆による署名をする場合は、押印を省略することができる。

2 該当する□に、レ印を記入すること。