

薬局名 _____

(16) 薬局

確 認 事 項	(主担当者氏名)	(副担当者氏名)
薬局名が正式名称で記載されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する薬剤師名は、薬剤師免許証の氏名と一致しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
複数の医療機関から処方せんの受け付けをしているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
十分な調剤実務経験のある管理薬剤師を有しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
申請薬局が通路、待合室など身体障害者に配慮した設備構造等が確保されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
※新規開局の場合に確認（1ヶ月以内） 当該薬局における管理者（管理薬剤師）が、過去に他の指定自立支援医療機関において、管理者（管理薬剤師）としての経験を有している実績があり、かつ当該薬局に十分な調剤実務経験のある薬剤師を有していること。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
指定更新の場合、指定内容に変更はないか。 (変更がある場合は、変更届出が必要。)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
指定の更新の場合、自己点検表により自己点検を実施しているか。 (指定更新申請書に自己点検の実施状況が記載されているか確認する。) ※ 自己点検表の様式は県 HP に掲載	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他

- ・通路、待合室等は車椅子が通行できるスペースの確保がとれているか。
- ・外部から店舗への侵入には段差ない状態（スロープ等の設置）いるか。
- ・待合室は椅子等が（利用者に対し、待ち時間支障をかけないように）設置されているか。
- ・これらのことが確認できる写真（外から中、中の通路・待合室・トイレ等）、業務状況が確認できる写真（薬品棚、調剤作業箇所、薬歴棚等）が添付されているか。
- ・施設の見取り図（平面図等）が添付されているか。
- ・概ね1年以上の十分な調剤経験のある管理薬剤師を有しているか。
- ・申請書別紙2「調剤のために必要な設備及び施設の概要」中の調剤室の構造（木造、鉄骨等）、が適切に記載されているか。

注) 新規開局と同時又は1ヶ月以内に指定を受けたい場合、管理者（管理薬剤師）と、十分な調剤実務経験のある薬剤師の2名分の経歴書と、薬剤師免許証の写しが必要となる。また、管理者（管理薬剤師）の経歴書には、過去に他の指定自立支援医療機関で勤務していた経験が確認出来るように記載されていること。