

## 薬局機能情報報告書

## 【ご記入にあたっての注意点】

※黒色のボールペンや万年筆を用い(鉛筆・シャープペンシル不可)、  
楷書体で明瞭に記入してください。

## (A) 数字・記号の記入例

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	,	.	( )	-	_	/	:
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----	---	---	---	---

## (B) アルファベットの記入例 ※筆記体での記入はご遠慮ください。

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p	q	r	s	t	u	v	w	x	y	z

※冊子の状態のまま、提出してください。

提出期限：許可取得後30日以内

## 【目次】

連絡担当者	2
1 基本情報	
(1) 薬局の名称	3
(2) 薬局開設者	4
(3) 薬局の管理者	4
(4) 薬局の所在地	5
(5) 電話番号及びファクシミリ番号	7
(6) 営業日・開店時間	7
(7) 時間外対応	9
(8) 休業日	9
(9) 地域連携薬局の認定の有無	9
(10) 専門医療機関連携薬局の認定の有無	10
2 薬局へのアクセス	
(1) 薬局までの主な利用交通手段	10
(2) 薬局の駐車場	10
(3) 薬局ホームページアドレス	11
(4) 電子メールアドレス	11
3 薬局サービス等	
(1) 健康サポート薬局である表示の有無	11
(2) 相談に対する対応の可否	11
(3) 薬剤師不在時間の有無	12
(4) 対応することができる外国語の種類	12
(5) 障害者に対する配慮	13
(6) 車椅子の利用者に対する配慮	14
4 費用負担	
(1) 医療保険及び公費負担等の取扱い	14
(2) クレジットカードによる料金の支払の可否	14
5 業務内容、提供サービス	
(1) 認定薬剤師の種類及び人数	15
(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	15
(3) 薬局の業務内容	15
(4) 地域医療連携体制	15
6 実績、結果等に関する事項	
(1) 薬局の薬剤師数	16
(2) 医療安全対策	16
(3) 感染防止対策の実施の有無	16
(4) 情報開示の体制	17
(5) 症例を検討するための会議等の開催の有無	17
(6) 処方箋を応需した者の数(患者数)	17
(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	17
(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	17
(9) 患者の服薬状況等を医療機関に提供した回数	17
(10) 患者満足度の調査	17
7 地域連携薬局等に関する事項	
(1) 地域連携薬局	18
(2) 専門医療機関連携薬局	19

※本書においては、「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」を「医薬品医療機器等法」と略して用いています。

**【連絡担当者】**

※本報告書の記入内容に関して、お問い合わせをさせていただく担当者を入力してください。

記入日	西暦				年		月		日												
記入者（フリガナ）																					
記入者																					
役職名																					
所属																					
連絡先電話番号																					
内線																					
連絡先FAX番号																					
電子メールアドレス（※）																					

※行政機関から災害や感染症対策に係る情報を本電子メール宛てに周知した事例もあるため、メールアドレスをお持ちの方は必ず登録してください。

(1) 薬局名称

※貴局の正式名称を記入してください。

正式名称フリガナ (医薬品医療機器等法届出正式名称)																				
正式名称 (医薬品医療機器等法届出正式名称)																				
略称フリガナ																				
略称 ※通常簡略化して使用されている名称を50文字以内で入力してください。																				
英語表記(ローマ字表記)																				

(英語表記入力例) ○○薬局 → MaruMaru Drugstore  
(ローマ字表記入力例) ○○薬局 → MaruMaru Yakkyoku

**(2) 薬局の開設者**

※法人にあっては、業務を行う役員のうち代表者の氏名を入力してください。株式会社等の表記を略さないでください。

開設者名フリガナ (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)																				
開設者名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)																				

**(3) 薬局の管理者**

管理者名 (フリガナ)																				
管理者名																				

(4) 薬局の所在地

※移転する場合は、医療法上の廃止届及び新規開設許可(届)が必要です。

郵便番号	-	※必ず7桁で記入してください。
所在地フリガナ	住所 1	
	住所 2	
※番地や号は入力せず、「オオアザ××」まで入力してください。		

所在地	住所 1																												
		住所 2																											
		※ビル名、号室等まで正確に入力してください。																											

英語表記																														

(英語表記記入例)  
 ・〇〇市〇〇町1-2-3 〇〇ビル5階 → 1-2-3 marumaru Bldg.5F, marumaru-town, marumaru-city  
 ※データベース管理の都合上、所在地の「字(あざ)」表記は省略して入力してください。

### (5) 電話番号及びファクシミリ番号

※住民へ案内する薬局の電話番号及びFAX番号を入力してください。(代表電話番号、受付電話番号等)

1. 開店時間内の電話番号																																
2. 開店時間内のファクシミリ番号																																
3. 開店時間外の電話番号																																

※開店時間外の電話番号がある場合のみ、番号を入力してください。

番号入力例 : 000-111-1234

### (6) 営業日・開店時間

※通常の営業日、開店時間を変更した場合は、別途医薬品、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10条の規定による変更届の提出が必要です。

※基本となる開店時間を24時間形式で記入してください。

基本となる開店時間	時間1			時			分～			時			分まで
	時間2			時			分～			時			分まで
	時間3			時			分～			時			分まで

(入力例) 9時00分 → 0900

※基本となる時間と異なる場合は、変更してください。

区分	時間帯	月	火	水	木	金	土	日	祝・祭日
開店時間	1								
	2								
	3								



※休日に関する特記事項・開店時間外で相談できる時間（開店時間外に電話等による相談対応が出来る場合にはその時間）。

休日に関する特記事項	
------------	--

(入力例) ・月曜日～金曜日 … 19:00～24:00、土日祝日 … 8:00～24:00

※対応できない時間帯があるときは、それがわかるように記載してください。

対応出来ない時間帯に関する 特記事項	
-----------------------	--

**(7) 時間外対応**

※開店時間外の対応が可能な場合、「該当」欄に「○」を記入してください。

項目名		該当
01	開店時間外の対応が可能	

※開店時間外対応が可能な場合で、次の項目に該当するものがあれば「該当」欄に「○」を記入してください。

項目名		該当
01	夜間・休日営業の地域輪番・当番制に参加	
02	24時間対応可能	

**(8) 休業日**

休業日について、該当する項目に「○」を記入してください。

該当する曜日に「○」を記入してください。

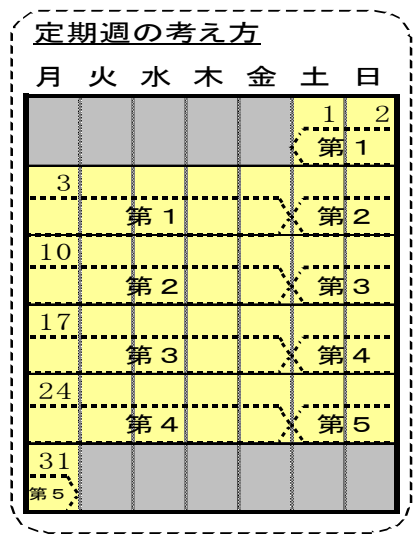
※休業として「○」を記入した曜日について、『(6) 営業日・開店時間』で該当の曜日に

記入がある場合、その曜日の就業時間帯は『(6) 営業日・開店時間』で記入された時間帯を無効として登録しませんので、注意してください。

毎週決まった曜日に休業	月	火	水	木	金	土	日

※毎月特定の週の特定の曜日に休業する場合に「○」を記入してください。

毎月決まった週に休業 (定期週)		月	火	水	木	金	土	日
	第1							
	第2							
	第3							
	第4							
	第5							



※祝日に休業する場合、「○」を記入してください。

祝日に休業	
-------	--

※年末年始、お盆等、休業日として設定されている日を入力してください。

その他の休業日	月	日	月	日	月	日	月	日

**(9) 地域連携薬局の認定**

※地域連携薬局の認定を受けている場合は、「地域連携薬局の認定の有無」の該当欄に「○」を記入してください。

項目名	該当
地域連携薬局の認定の有無	

**(10) 専門医療機関連携薬局の認定**

※専門医療機関連携薬局の認定を受けている場合は、「専門医療機関連携薬局の認定の有無」の該当欄に「○」を記入してください。

項目名	該当
専門医療機関連携薬局の認定の有無	

※上記○を記入の場合、傷病の区分を以下に入力してください。

傷病の区分	
-------	--

**【2 薬局へのアクセス】**

**(1) 薬局までの主な利用交通手段**

※公共交通機関を利用した場合として入力してください。

※可能な限り、他の民間事業者や医療機関の建物を目印にしないでください。

※複数の交通手段の記載は差し支えありません。

交通アクセス情報	
----------	--

(交通アクセス情報入力例)

- ・ (電車の場合) ○○線 ○○駅下車 徒歩○分
- ・ (バスの場合) ○○行き バス停○○下車 徒歩○分
- ・ (公共施設等) ○○より ○○へ 車○分

**(2) 薬局の駐車場**

※駐車場がある場合 (契約駐車場がある場合を含む。) は、「該当」欄に「○」を記入してください。

※駐車場がある場合、駐車可能な台数を、有料・無料に分けて入力してください。

項目名	該当	駐車場台数			
駐車場の有無		無料	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 台 <td>有料</td> <td> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>           台         </td>	有料	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 台
特記事項					

(特記事項入力例)

- ・ 最寄に有料駐車場あり

**(3) 薬局ホームページアドレス**

※ホームページを開設している場合は、ホームページアドレスを入力してください。

※薬局の従業者個人のホームページなど、薬局機能に関する情報以外の内容を主として提供するURLは入力しないでください。

※同一のホームページに複数の薬局の情報が含まれる場合は、各局の情報が適切に閲覧できるようにしてください。

薬局ホームページアドレス	
--------------	--

ホームページが有料		※ホームページが有料である場合、「○」を記入してください。
-----------	--	-------------------------------

例) <http://www.iryjo-joho.pref.tochigi.jp>

**(4) 電子メールアドレス**

※患者や住民が連絡、相談等を行うことができる専用の電子メールアドレスを入力してください。

※薬局の従業者個人の電子メールアドレス、薬局において業務以外に使用する等の電子メールアドレスは入力しないでください。

電子メールアドレス	
-----------	--

例) [info@iryjo-joho.pref.tochigi.jp](mailto:info@iryjo-joho.pref.tochigi.jp)

**【3 薬局内サービス等】**

**(1) 健康サポート薬局である表示の有無**

※健康サポート薬局に対応している場合は、「健康サポート薬局である表示」の該当欄に「○」を記入してください。

項目名	該当
01 健康サポート薬局である表示	

**(2) 相談に対する対応の可否**

※各相談事項について対応窓口を設置している場合、該当の項目に「○」を記入してください。

※時間外の相談について対応を実施する場合、「時間外対応が可能」に「○」を記入し、

「時間外の対応時間」を24時間表記で入力してください。

※時間外対応が可能な場合のみ「連絡先電話番号」を併せて入力してください。

**1. 誤飲・誤食による中毒相談対応**

対応窓口の設置	
時間外対応の可否	
時間外の対応時間	時 分 ~ 時 分
連絡先電話番号	

**2. 禁煙相談対応**

対応窓口の設置	
時間外対応の可否	
時間外の対応時間	時 分 ~ 時 分
連絡先電話番号	

### 3. その他対応できる相談（例：健康相談など）

その他対応できる相談	
------------	--

#### (3) 薬剤師不在時間の有無

※薬剤師不在時間がある場合は、「薬剤師不在時間の有無」の該当欄に「○」を記入してください。

	項目名	該当
01	薬剤師不在時間の有無	

#### (4) 対応することができる外国語の種類

次の言語について、下記の対応レベルを選択してください。

母国語	言葉に不自由することなく対応が可能
日常会話	日常会話程度の会話力ではあるが対応が可能
片言	会話の自信はないが図示や単語の羅列で対応が可能
対応不可	対応不可

言語名		対応レベル							
01	英語		母国語		日常会話		片言		対応不可
02	広東語		母国語		日常会話		片言		対応不可
03	北京語		母国語		日常会話		片言		対応不可
04	台湾語		母国語		日常会話		片言		対応不可
05	ハングル（韓国語）		母国語		日常会話		片言		対応不可
06	タイ語		母国語		日常会話		片言		対応不可
07	フィリピン語（タガログ語）		母国語		日常会話		片言		対応不可
08	インドネシア語		母国語		日常会話		片言		対応不可
09	トルコ語		母国語		日常会話		片言		対応不可
10	フランス語		母国語		日常会話		片言		対応不可
11	ポルトガル語		母国語		日常会話		片言		対応不可
12	ドイツ語		母国語		日常会話		片言		対応不可
13	ロシア語		母国語		日常会話		片言		対応不可
14	イタリア語		母国語		日常会話		片言		対応不可
15	スペイン語		母国語		日常会話		片言		対応不可

上記のほか常時対応できる外国語がある場合、外国語の種類を入力してください。

言語名	対応レベル		
	母国語	日常会話	片言
	母国語	日常会話	片言
	母国語	日常会話	片言
	母国語	日常会話	片言
	母国語	日常会話	片言

※対応できない曜日、時間等ある場合や、事前に連絡が必要な場合は以下に入力してください。

特記事項	
------	--

(特記事項入力例)

- ・英語は月曜日午後対応不可
- ・広東語は事前に連絡が必要

**(5) 障害者に対する配慮**

※以下の項目で該当するものがあれば、「該当」欄に「○」を記入してください。

**1. 聴覚障害者に対するサービス内容**

項目名	該当	項目名	該当
01 画面表示		03 手話通訳での服薬指導	
02 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内容**

項目名	該当	項目名	該当
01 薬袋・薬剤への点字表示（シール等）		03 音声案内	
02 服薬指導に用いる文書の点字による作成			

特記事項	
------	--

(入力例)

- ・木曜日の午後は手話通訳の対応ができません。
- ・手話通訳での服用指導は、事前連絡が必要な場合があります。

**(6) 車椅子の利用者に対する配慮**

※車椅子での来局が可能な場合、「車椅子での来局の可否」の該当欄に「○」を記入してください。

※車椅子での来局が可能な場合、合わせて下記の設備のうち、該当する項目の該当欄に「○」を記入してください。

項目名		該当	項目名		該当
01	車椅子での来局の可否		05	車椅子利用者用駐車場	
02	スロープ		06	点状ブロック	
03	手すり		07	昇降機	
04	身体障害者用トイレ		08	バリアフリー対応済み (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基礎的基準に適合)	

※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基礎的基準に適合している場合、「バリアフリー対応（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基礎的基準に適合）」の該当欄に「○」を記入してください。

**【4 費用負担等】**

**(1) 医療保険及び公費負担等の取扱い**

医療保険適用や費用負担等に関して指定を受けている項目について、該当欄に「○」を記入してください。

項目名		該当	項目名		該当
01	健康保険法に基づく保険薬局の指定		06	母子保健法に基づく指定	
02	生活保護法に基づく指定		07	公害健康被害の補償等に関する法律に基づく指定	
03	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		08	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	
04	戦傷病者特別援護法に基づく指定		09	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	
05	児童福祉法に基づく指定		10	難病の患者に対する医療等に関する法律に基づく指定	

**(2) クレジットカードによる料金の支払いの可否**

クレジットカードによる料金の支払いが可能な場合は該当欄に「○」を記入し、使用できるクレジットカードの種類を入力してください。

項目名	該当
01 クレジットカードによる料金の支払いが可能	

使用可能なカードの種類	
-------------	--

**【5 業務内容、提供サービス】**

**(1) 認定薬剤師の種類及び人数**

※認定薬剤師とは、中立的かつ公共性のある団体（公益社団法人薬剤師認定制度認証機構等）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。  
 ※常勤、非常勤にかかわらず、実数を入力してください。  
 ※保護司、薬物乱用防止指導員等公的な機関から任命されたものは除いてください。  
 ※認定の種類ごとに認定名称、認定団体名（公益財団法人薬剤師認定制度認証機構による認定を受けた認定制度の場合は、「GPC」を付記）及び薬剤師の人数を入力してください。

認定名称（認定団体名）	認定薬剤師の人数（人）			
				人
				人
				人
				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**

※健康サポート薬局の届出の有無にかかわらず、健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師の人数を入力してください。  
 ※常勤・非常勤にかかわらず、実数を入力してください。  
 ※ただし、研修修了証の有効期限が切れている場合は人数に含まないでください。

健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師				人
-----------------------	--	--	--	---

**(3) 薬局の業務内容**

※対応することができる業務内容が実施している、または実施可能な場合は、該当欄に「○」を記入してください。

項目名		該当	項目名		該当
01	無菌製剤処理に係る調剤の実施の可否（無菌製剤処理届出施設）		08	オンライン服薬指導の実施の可否	
02	無菌製剤処理に係る調剤の実施の可否（他薬局の無菌調剤室を利用する無菌製剤処理届出施設）		09	電磁的記録をもって作成された処方箋の受付の可否	
03	一包化薬に係る調剤の実施の可否		10	薬剤服用歴管理の実施の有無	
04	麻薬に係る調剤の実施の可否		11	薬剤服用歴管理の電子化の実施の有無	
05	浸煎剤及び湯薬に係る調剤の実施の可否		12	「お薬手帳」交付の可否	
06	薬局製剤実施の可否		13	「電子版お薬手帳」を所持する者の対応の可否	
07	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（在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設）				

※無菌調剤室提供薬局の無菌調剤室を共同利用する場合は、共同利用先の薬局名称及び所在地を入力してください。

無菌調剤室提供薬局の共同利用先	
-----------------	--

**(4) 地域医療連携体制**

**1. 医療連携**

※プレアボイド事例とは、薬剤師が薬物療法に直接関与し、薬学的患者ケアを実践して患者の不利益（副作用、相互作用、治療効果不十分等）を回避又は軽減した事例をいいます。  
 ※プロトコルに基づいた薬物治療管理とは、薬剤師に認められている業務の中で、医師と合意した手順等に従って薬剤師が主体的に実施する業務を行うことをいいます。  
 ※該当している場合は、「○」を記入してください。

項目名	該当
01 プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無	
02 プロトコルに基づいた薬物治療管理の取組の有無	



**2. 地域医療情報連携ネットワークへの参加**

※薬局が所在する地域に地域医療情報連携ネットワークがある場合に、そのネットワークに参加し、患者情報の共有等による薬学的管理の向上に取り組んでいる場合は、「地域医療情報連携ネットワークへの参加の有無」の該当欄に「○」を記入してください。

項目名	該当
01 地域医療情報連携ネットワークへの参加の有無	

**3. 入院時の情報を共有する体制**

※医療機関の医師又は薬剤部や地域医療（連携）室等との連携により、入院時の情報を共有する体制がある場合は、「入院時の情報を共有する体制の有無」の該当欄に「○」を記入してください。

項目名	該当
01 入院時の情報を共有する体制の有無	

**4. 退院時の情報を共有する体制**

※医療機関の医師又は薬剤部や地域医療（連携）室等との連携により、退院時カンファレンスへの参加や退院時の情報を共有する体制がある場合は、「退院時の情報を共有する体制の有無」の該当欄に「○」を記入してください。

項目名	該当
01 退院時の情報を共有する体制の有無	

**5. 受診勧奨に係る情報等を医療機関に提供する体制**

※薬局の利用者からの健康に関する相談に適切に対応し、そのやり取りを通じて、必要に応じ医療機関への受診勧奨を行う際に、利用者の同意を得た上で、当該利用者の情報等を文書により医療機関（医師）に提供する体制がある場合は、「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」の該当欄に「○」を記入してください。

項目名	該当
01 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	

**6. 地域住民への啓発活動への参加の有無**

※地域住民に対して、地区薬剤師会等が地域住民に対して開催している薬の特性や適正使用の必要性等に関する講習会、学校教育等の啓発活動へ参加等を行っている場合、「地域住民への啓発活動への参加の有無」の該当欄に「○」を記入してください。

項目名	該当
01 地域住民への啓発活動への参加の有無	

**【6 実績、結果等に関する事項】**

**(1) 薬局の薬剤師数**

※薬事に関する実務に従事する薬剤師数を入力してください。

項目数	人数			
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**

※前年1年間（1月1日～12月31日）に、法第68条の10第2項に基づく副作用等の報告を実施した延べ件数を入力してください。

項目数	件数			
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**

※薬局医療安全対策推進事業におけるヒヤリ・ハット事例等の収集に参加している場合は、「医療安全対策に係る事業への参加の有無」の該当欄に「○」を記入してください。

項目名	該当
医療安全対策に係る事業への参加の有無	

**(3) 感染防止対策の実施**

※手指消毒用アルコール等の設置、パーティション・防護シートの設置等、感染防止対策を実施し、その旨を利用者に対しても薬局に掲示等により周知している場合は、「感染防止対策の実施の有無」の有無欄に「○」を記入してください。

項目名	有無
感染防止対策の実施の有無	

**(4) 情報開示の体制**

※調剤録、薬歴、レセプト等の情報について患者本人からの求めに基づいて情報開示する場合、「調剤録、薬歴、レセプト等の情報開示実施」の該当欄に「○」を記入してください。

項目名	該当
調剤録、薬歴、レセプト等の情報開示実施	

**(5) 症例を検討するための会議等の開催**

※薬歴、服薬指導等の実践に基づく服薬遵守（コンプライアンス）の状況等の確認、指導内容の改善、相談対応等の改善を目的とした検討を定期的実施している場合、「症例を検討するための会議等の開催の有無」の有無欄に「○」を記入してください。

項目名	有無
症例を検討するための会議等の開催の有無	

**(6) 処方箋を応需した患者数**

※前年に処方箋を応需した者の数（患者数）を入力してください。

項目名	患者数					
処方箋を応需した者の数（患者数）						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**

※在宅患者訪問薬剤管理指導料等の算定にかかわらず、前年1年間（1月1日～12月31日）に、医療を受ける者の居宅等において調剤業務を実施した延べ件数（実数）を入力してください。

項目名	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						件

**(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**

※前年1年間（1月1日～12月31日）に、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等の地域の多職種が参加する会議に参加した回数（実数）を入力してください。なお、健康サポート薬局研修を修了した複数の薬剤師が同一会議に参加した場合は、1回として計上してください。

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

**(9) 患者の服薬状況等を医療機関に提供した回数**

※前年1年間（1月1日～12月31日）に、服薬情報等提供料の算定の有無にかかわらず、患者、その家族等若しくは医療機関の求めがあった場合又は薬剤師がその必要性を認めた場合において、患者の同意を得た上で、患者の服薬状況等を服薬情報等提供料に係る情報提供書等の文書により医療機関（医師）に提供した回数（実数）を記入してください。

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

**(10) 患者満足度の調査**

※過去一年以内にアンケート調査等を行っている場合、「患者満足度の調査の実施の有無」の有無欄に「○」を記入してください。

※患者満足度調査の実施結果を公表している場合、「患者満足度の調査結果の提供の有無」の有無欄に「○」を記入してください。

項目名	有無
患者満足度の調査の実施の有無	
患者満足度の調査結果の提供の有無	

**【7 地域連携薬局等に関する事項】**

**(1) 地域連携薬局**

次の1. から8. までの実績の対象期間（認定（更新）申請の前月までの1年間）

西暦					年					月					日	～	西暦					年					月					日
----	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	---	----	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---

**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**

※上記対象期間の末日の人数を入力してください。

※地域包括ケアシステムに関する研修を修了した常勤として勤務している薬剤師の人数を入力してください。

項目名		人数			
01	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**

※利用者が医療機関に入院する場合に当該医療機関に情報を共有した回数を入力してください。

※認定（更新）申請の前月までの過去1年間の実績を入力してください。

項目名		回数			
01	利用者が医療機関に入院する場合に当該医療機関に情報を共有した回数				回

※利用者が医療機関から退院する場合に当該医療機関に情報を共有した回数を入力してください。

※認定（更新）申請の前月までの過去1年間の実績を入力してください。

項目名		回数			
02	利用者が医療機関から退院する場合に当該医療機関に情報を共有した回数				回

※上記のほか、医療機関に情報を共有した回数

※認定（更新）申請の前月までの過去1年間の実績を入力してください。

項目名		回数			
03	01及び02に掲げるもののほか、医療機関に情報を共有した回数				回

**3. 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**

※休日又は夜間に調剤の求めがあった場合に調剤を行った回数を入力してください。

※認定（更新）申請の前月までの過去1年間の実績を入力してください。

項目名		回数			
01	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				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**

※在庫として保管する医薬品を他の薬局開設者に提供した回数を入力してください。

※認定（更新）申請の前月までの過去1年間の実績を入力してください。

項目名		回数			
01	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**

※麻薬に係る調剤を行った回数を入力してください。

※認定（更新）申請の前月までの過去1年間の実績を入力してください。

項目名		回数			
01	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**

※当該薬局において無菌製剤処理に係る調剤を実施した回数を入力してください。

※認定（更新）申請の前月までの過去1年間の実績を入力してください。

項目名		回数			
01	当該薬局において無菌製剤処理に係る調剤を実施した回数				回

※他の薬局の無菌調剤室を利用して無菌製剤処理に係る調剤を行った回数を入力してください。

※認定（更新）申請の前月までの過去1年間の実績を入力してください。

項目名		回数			
02	他の薬局の無菌調剤室を利用して実施した回数				回

※当該薬局の利用者から無菌製剤処理に係る調剤の求めに対して、無菌製剤処理を実施できる他の薬局を紹介した回数を入力

※認定（更新）申請の前月までの過去1年間の実績を入力してください。

項目名		回数			
03	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**

※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を入力してください。

※認定（更新）申請の前月までの過去1年間の実績を入力してください。

項目名		回数			
01	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**

※認定（更新）申請の前月までの過去1年間の実績を入力してください。

（居宅等を訪問して指導等を行った回数をいい、複数の利用者が入居している施設を訪問した場合、同一人物に対する同一日に訪問した場合は1回の実績とする。）

項目名		件数			
	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				回

**(2) 専門医療機関連携薬局**

次の1. から7. までの実績の対象期間（認定（更新）申請の前月までの1年間）

西暦				年				月				日	～	西暦				年				月			日
----	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	---	----	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	---

**1. 傷病の区分ごとの専門性の認定を受けた薬剤師の人数**

※上記対象期間の末日の人数を入力してください。

※傷病の区分ごとの専門性の認定を受けた常勤として勤務している薬剤師の人数を入力してください。

項目名	区分	人数			
傷病の区分ごとの専門性の認定を受けた薬剤師の人数					人

**2. 医療機関に情報を共有した回数**

※傷病の区分に該当する者の薬剤及び医薬品の使用に関する情報について傷病の区分に係る専門的な医療の提供等を行う医療機関に勤務する薬剤師その他の医療関係者に情報を共有した回数を入力してください。

※認定（更新）申請の前月までの過去1年間の実績を入力してください。

項目名	区分	回数			
医療機関に情報を共有した回数					回

**3. 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**

※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を入力してください。

※認定（更新）申請の前月までの過去1年間の実績を入力してください。

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				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**

※在庫として保管する傷病の区分に係る医薬品を他の薬局開設者に提供した回数を入力してください。

※認定（更新）申請の前月までの過去1年間の実績を入力してください。

項目名	区分	回数			
在庫として保管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					回

**5. 麻薬に係る調剤を行った回数**

※麻薬に係る調剤を行った回数を入力してください。

※認定（更新）申請の前月までの過去1年間の実績を入力してください。

項目名	回数
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**

※地域における他の薬局開設者に対して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を入力してください。

※認定（更新）申請の前月までの過去1年間の実績を入力してください。

項目名	区分	回数			
地域における他の薬局開設者に対して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					回

**7. 地域における他の医療提供施設に対して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**

※地域における他の医療提供施設に対して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を入力してください。

※認定（更新）申請の前月までの過去1年間の実績を入力してください。

項目名	区分	回数			
地域における他の医療提供施設に対して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					回