

静岡県薬局機能情報提供制度実施要領

1 目的

本要領は、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（昭和35年法律第145号。以下「法」という。）第8条の2の規定に基づき、医療を受ける者が薬局の選択を適切に行うために必要な情報（以下「薬局機能情報」という。）について、静岡県内で薬局の開設許可を受けている者（以下「薬局開設者」という。）が静岡県知事（以下「知事」という。）に報告する事項及びその方法、静岡県（以下「県」という。）による当該情報の公表方法等に関する具体的な実施方法等を規定することにより、住民・患者等による薬局の適切な選択を支援することを目的とする。

2 情報の取扱い

- (1) 本制度は、薬局開設者が薬局機能情報を知事に対して報告（変更の報告を含む。）し、知事は、原則、報告を受けた薬局機能情報をそのまま公表する。
- (2) 薬局開設者は、薬局機能情報について、正確かつ適切な情報を提供するとともに、当該薬局において薬剤師等は、住民・患者等からの相談等に適切に応じるよう努めることとする。
- (3) 薬局開設者は、既に知事に対して報告を行った薬局機能情報について誤りがあることに気が付いた場合、知事に対して速やかにその訂正を申し出ることとし、知事は速やかに所要の是正措置を行う。

3 運営体制

- (1) 本制度は、県健康福祉部生活衛生局薬事課（以下「薬事課」という。）において運営することを基本とする。
- (2) 住民・患者等からの薬局機能情報に関する質問・相談及びそれに対する助言等については、原則、保健所（静岡市及び浜松市を含む。以下同じ。）又は薬事課が対応する。
- (3) 住民・患者等からの薬局機能情報についての質問・相談に応じ、助言等を行う場合においては、医療法第30条の4に規定する医療計画に基づく事業ごとの医療連携体制についての情報提供も行うよう努める。

4 薬局機能情報の報告・公表

(1) 薬局機能情報の報告・公表事項

報告・公表事項は、別表のとおりとする。

(2) 薬局機能情報の報告時期

薬局開設者は、毎年1月31日までに、前年の12月31日における別表に掲げる事項を報告する。ただし、新たに薬局の開設許可を受けた薬局開設者は、許可を受けた後、速やかに報告する（以下「新規報告」という。）ものとする。

また、薬局開設者は、既に報告した別表に掲げる事項のうち、2の基本情報等（(2)

薬局の名称、(3)薬局開設者、(4)薬局の管理者、(5)薬局の所在地、(6)電話番号及びFAX番号、(7)営業日・開店時間、(8)休業日、(9)健康サポート薬局である旨の表示の有無・開店時間外の対応)及び4の薬局サービス等の(1)開店時間外で相談できる時間(以下「基本情報等」という。)について変更が生じたときは、速やかに知事に報告するものとする。

(3) 薬局機能情報の報告方法

ア 新規報告

薬局開設者は、基礎項目登録票(別紙様式)を、薬局の所在地を管轄する保健所に提出するものとする。県は、薬局ごとに機関コード及びパスワードを付与し、薬局開設者に通知する。薬局開設者は、付与された機関コード及びパスワードを使用し、「医療ネットしずおか」からインターネット回線により報告するものとする。

インターネット回線により報告できない場合は、様式第1号を薬局の所在地を管轄する保健所に提出するものとする。

イ 法第8条の2第1項の規定による報告(以下「定期報告」という。)

薬局開設者は、「医療ネットしずおか」からインターネット回線により報告するものとする。

インターネット回線により報告できない場合は、様式第1号を薬局の所在地を管轄する保健所に提出するものとする。

ウ 法第8条の2第2項の規定による報告(以下「変更報告」という。)

薬局開設者は、「医療ネットしずおか」からインターネット回線により報告するものとする。

インターネット回線により報告できない場合は、様式第1号又は様式第2号を薬局の所在地を管轄する保健所に提出するものとする。

変更報告は、法第10条の規定に基づく開設許可等の事項の変更の届出とは別に行うものとする。

なお、基本情報等以外の変更事項については、定期報告時に行うことを基本とするが、随時報告することは差し支えない。

(4) 薬局機能情報の確認

ア 知事は、薬局開設者から報告された薬局機能情報の内容について、確認が必要と認める場合には、法第8条の2第4項に基づき、保健所設置市を含む市町その他官公署に対し、当該薬局の機能に関する必要な情報の提供を求めることができる。

イ 保健所設置市は、所管する薬局において薬局機能情報と異なる実態等を確認した場合は、速やかに県に情報提供を行うよう努めることとする。

ウ 知事は、薬局開設者が報告を行わない場合又は虚偽の報告を行ったと認められる場合には、法第72条の3に基づき、期間を定めて、薬局開設者に対し、報告の要請又はその報告の内容の是正を行うよう命ずること(以下「是正命令」という。)ができる。

エ 県は、報告された薬局機能情報の全部又は一部について、照会・確認等を行ったにもかかわらず、適切な応答がなされずに内容の確認ができない期間や、是正命令を行ってから是正がなされるまでの期間においては、報告された情報のうち、真偽が未確認である当該情報については、照会及び確認の過程である等の旨が、住民・患者等に分かるよう所要の措置を講ずる。

(5) 薬局機能情報の公表時期

ア 定期報告

県は、薬局開設者から定期報告により報告された薬局機能情報については、毎年3月31日までに公表する。

イ 新規報告及び変更報告

県は、薬局開設者から新規報告及び変更報告により報告された薬局機能情報については、速やかに公表する。

(6) 薬局機能情報の公表方法

ア 県は、インターネットを通じ、薬局開設者から報告された薬局機能情報を公表する。

また、インターネットを利用できない環境にある住民・患者等に配慮し、薬事課及び保健所において、書面による閲覧又はパソコンのモニター画面での表示等により公表する。

なお、インターネットを通じた公表画面上には、本要領中の1の目的及び2の情報の取扱いを掲載する。

イ 県は、隣接県の公表する薬局機能情報についても、住民・患者等が活用できるよう、当該情報を公表しているホームページをリンク先として設定する。

また、隣接県から薬局機能情報に関するリンクの設定等の依頼があった場合は、これに応じる。

(7) 薬局による情報提供

県は、薬局による情報提供に関して、薬局開設者に対して、以下に掲げる事項について、適切な指導・助言等を行うことにより、本制度の円滑な運営に努める。

ア 薬局開設者は、薬局機能情報について、知事へ報告するとともに、当該薬局において閲覧に供しなければならない。その際、書面による閲覧に代えて、電磁的方法（電子メール、インターネット、パソコン等モニター画面の表示、CD-ROM等の交付）による情報の提供を行うことができるものとする。

イ 薬局開設者は、住民・患者等からの当該薬局の薬局機能情報に関する相談・照会等について、適切な対応に努めるとともに、当該薬局以外の薬局に対する相談・照会等があった場合においても、適切な対応に努めることとする。

5 報告書の進達等

(1) 定期報告

保健所は、受理した報告書を速やかに薬事課に送付するものとする。

(2) 新規報告及び変更報告

保健所は、受理した報告書を速やかに薬事課に送付するものとする。

(3) その他

保健所は、薬局開設者から薬局の廃止届（休止届及び再開届を含む。）を受理した場合は、写しを薬事課へ送付する等、その情報を薬事課へ伝達することとする。

また、保健所は、健康サポート薬局である旨の表示に係る届出を受理した場合、別紙一覧表に必要事項を記載し、薬事課からの求めがあった場合にその情報を共有するものとする。

附則

この要領は、平成19年11月27日から施行する。

附則

この改正は、平成20年12月11日から施行する。

附則

この改正は、平成22年4月1日から施行する。

附則

この改正は、平成25年12月12日から施行する。

附則

この改正は、平成26年11月25日から施行する。

附則

この改正は、平成28年10月1日から施行する。

静岡県における薬局機能情報報告・公表事項

1 連絡担当者*		
2 基本情報等		
(1)	薬局許可情報*	
(2)	薬局の名称	
(3)	薬局開設者	
(4)	薬局の管理者	
(5)	薬局の所在地	
(6)	電話番号及びFAX番号	
(7)	営業日・開店時間	
(8)	休業日	
(9)	健康サポート薬局である旨の表示の有無・開店時間外の対応	
3 薬局へのアクセス		
(1)	薬局までの主な利用交通手段	
(2)	薬局の駐車場	
(3)	ホームページアドレス	
(4)	電子メールアドレス	
4 薬局サービス等		
(1)	開店時間外で相談できる時間・相談に対する対応の可否	
(2)	障害者に対する配慮	
(3)	車椅子の利用者に対する配慮	
(4)	受動喫煙を防止するための措置	
(5)	対応することができる外国語の種類	
5 費用負担		
(1)	医療保険及び公費負担の取扱い	
(2)	クレジットカードによる料金の支払の可否	
6 業務内容、提供サービス		
(1)	認定薬剤師の種類及び人数	
(2)	薬局の業務内容	ア 無菌製剤処理に係る調剤の実施の可否
		イ 一包化薬に係る調剤の実施の可否
		ウ 麻薬に係る調剤の実施の可否
		エ 浸煎薬及び湯薬に係る調剤の実施の可否
		オ 薬局製剤実施の可否
		カ 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
		キ 薬剤服用歴管理の実施の有無
		ク 薬剤情報を記載するための手帳の交付の可否
	県で定める事項	ア 要指導医薬品又は一般用医薬品の取扱いの有無
		イ 取り扱いのある場合、その品目数
		ウ 特定販売の有無
		エ 高度管理医療機器販売業・貸与業の許可の有無
		オ 許可年月日* (高度管理)
		カ 許可番号* (高度管理)
		キ 取扱っている機器の種類
(3)	地域医療連携体制	ア 地域医療連携の実施の有無
		イ 地域住民への啓発活動への参加の有無
7 実績、結果等に関する事項		
(1)	薬局の薬剤師数	
(2)	医療安全対策	
(3)	情報開示の体制	
(4)	症例を検討するための会議等の開催の有無	
(5)	処方箋を応需した者(患者)の数	
(6)	患者満足度の調査	ア 患者満足度の調査の実施の有無
		イ 患者満足度の調査結果の提供の有無

※非公表項目

(別紙様式)

平成 年 月 日

基礎項目登録票（新規報告）

静岡県知事 様

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

〔氏名（法人にあつては、その代表者の氏名）を
自署する場合は、押印は不要です。〕

静岡県薬局機能情報提供制度実施要領に基づき、以下のとおり報告します。

1 薬局名称

フリガナ	

薬局正式名称	
フリガナ	

略称・通称名	
英語・ローマ字表記（正式名称）	

2 薬局所在地

郵便番号	
フリガナ	

所在地	

3 薬局開設者（法人にあつては、その名称）

フリガナ	

開設者名	

4 薬局管理者

フリガナ	

管理薬剤師名	

※本登録票は、インターネット回線により新規報告する場合に提出してください。

紙媒体で報告する場合は、様式第1号を提出してください。

薬局機能情報報告書（新規報告・定期報告・変更報告）

静岡県知事 様

【1. 連絡担当者】

本調査票の入力内容に関して、お問い合わせをさせていただき担当者を入力してください。
 ※連絡先電話番号、連絡先 F A X 番号、電子メールアドレスは管理者が一斉通報する際の連絡先となります。

記入日	2	0			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 F A X 番号															
電子メールアドレス															

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、以下のとおり報告します。

【2 基本情報等】

(1) 薬局許可情報

許可年月日				年			月			日
許可番号										

(2) 薬局の名称

※貴薬局の正式名称を入力してください。

正式名称フリガナ															
正式名称（届出正式名称）															
略称フリガナ															
略称・通称名 ※通常簡略化して使用されている 名称を記入して下さい															
英語表記（ローマ字表記） ※正式名称の表記で入力してください															

（ローマ字表記記入例）

・〇〇薬局 → MARUMARU YAKKYOKU

(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、『2-(7) 営業日・開店時間』で該当の曜日に記入がある場合、その曜日の開店時間帯は『2-(7) 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、御注意ください。

毎週決まった曜日に休業	月	火	水	木	金	土	日

※該当する週、曜日に「○」を記入してください。

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記入してください。

その他の休業日	月	日	月	日	月	日	月	日
	月	日	月	日	月	日	月	日
	月	日	月	日	月	日	月	日
	月	日	月	日	月	日	月	日
	月	日	月	日	月	日	月	日
	月	日	月	日	月	日	月	日
	月	日	月	日	月	日	月	日
	月	日	月	日	月	日	月	日
	月	日	月	日	月	日	月	日

(9) 健康サポート薬局である旨の表示の有無・開店時間外の対応

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。(複数選択可)

項目	該当	項目	該当
01 健康サポート薬局である旨の表示の有無		05 時間外の連絡先を店頭に掲示	
02 開店時間外でも対応可能		06 時間外の連絡先を薬袋等に表示	
03 24時間対応可能		07 時間外の連絡先を留守番電話で告知	
04 地域輪番制に参加		08 時間外の連絡先へ転送	

(3) 地域医療連携体制

1. 地域医療連携

※医療機関と連携した在宅医療を実施している場合、又は通常の営業日、営業時間外対応のため、周辺の薬局で構成する輪番制に参加している場合は「地域医療連携の実施」に「○」を記入してください。

地域医療連携の実施・・・・・・・・・・

窓口の設置の有無	※地域医療連携に関する窓口が設置されている場合は「○」を記入し、以下の項目に記入してください。													
名称														
代表者														
電話番号														
FAX番号														
ホームページアドレス														
メールアドレス														

2. 地域住民への啓発活動への参加の有無

※地域住民への啓発活動に参加している場合は、「参加」欄に「○」を記入してください。

	項目	参加
01	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やイベント	
02	学校教育等の啓発活動	

平成 年 月 日

薬局機能情報変更報告書（変更報告）

静岡県知事 様

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

〔氏名（法人にあつては、その代表者の氏名）を
自署する場合は、押印は不要です。〕

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2項の規定に基づき、以下のとおり報告します。

薬 局 の 名 称	
薬 局 の 所 在 地	
許 可 番 号 及 び 年 月 日	

変更内容

項目	変更前	変更後
2 基本情報等		
(2) 薬局の名称		
①正式名称フリガナ		
②正式名称		
③ローマ字（正式名称）		
④略称名フリガナ		
⑤略称名		
(3) 薬局開設者（法人にあつては、名称及びその代表者の氏名）		
①フリガナ		
②漢字		

項目	変更前	変更後
(4) 薬局の管理者		
①フリガナ		
②漢字		
(5) 薬局の所在地		
①郵便番号		
②フリガナ		
③漢字		
④英語		
(6) 電話番号及びFAX番号		
①電話番号		
②FAX番号		
③夜間・休日の 電話番号		
(7) 営業日・開店時間		
営業日・開店時間	<input type="checkbox"/> 月曜日 (: ~ :) <input type="checkbox"/> 火曜日 (: ~ :) <input type="checkbox"/> 水曜日 (: ~ :) <input type="checkbox"/> 木曜日 (: ~ :) <input type="checkbox"/> 金曜日 (: ~ :) <input type="checkbox"/> 土曜日 (: ~ :) <input type="checkbox"/> 日曜日 (: ~ :)	<input type="checkbox"/> 月曜日 (: ~ :) <input type="checkbox"/> 火曜日 (: ~ :) <input type="checkbox"/> 水曜日 (: ~ :) <input type="checkbox"/> 木曜日 (: ~ :) <input type="checkbox"/> 金曜日 (: ~ :) <input type="checkbox"/> 土曜日 (: ~ :) <input type="checkbox"/> 日曜日 (: ~ :)
(8) 休業日		
①毎週決まった曜日に休業	<input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日	<input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日

②決まった週に休業 (定期週)	第1 <input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日	第1 <input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日
	第2 <input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日	第2 <input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日
	第3 <input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日	第3 <input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日
	第4 <input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日	第4 <input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日
	第5 <input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日	第5 <input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日
③祝日に休業	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
④その他の休業日 (年末年始、お盆等)		
(9) 健康サポート薬局である旨の有無・開店時間外の対応		
①健康サポート薬局 である旨の表示の 有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
②開店時間外の対応 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	【対応時間・対応方法等】 <input type="checkbox"/> 24時間対応 <input type="checkbox"/> 地域輪番制に参加 <input type="checkbox"/> 時間外の連絡先を店頭に掲示 <input type="checkbox"/> 時間外の連絡先を薬袋等に表示 <input type="checkbox"/> 時間外の連絡先を留守番電話で告知 <input type="checkbox"/> 時間外の連絡先へ転送	【対応時間・対応方法等】 <input type="checkbox"/> 24時間対応 <input type="checkbox"/> 地域輪番制に参加 <input type="checkbox"/> 時間外の連絡先を店頭に掲示 <input type="checkbox"/> 時間外の連絡先を薬袋等に表示 <input type="checkbox"/> 時間外の連絡先を留守番電話で告知 <input type="checkbox"/> 時間外の連絡先へ転送

※ 変更した事項のみ記載してください。

※ 記述項目については、記載欄に適切な字句を簡潔に記載してください。

※ チェック項目については、記載欄の□に、☑を入れてください。

※ 定期週の考え方は次のとおりです。

各月の1日から7日を第1週、8日から14日を第2週、15日から21日を第3週、22日から28日を第4週、29日から31日を第5週とする。

薬局機能情報報告書記載要領

I 報告書の記載方法等

1 報告書の記載

記載欄に必要な内容を全て記載してください。

2 記述項目

記載欄に適切な字句を分かりやすく簡潔に記載してください。

3 チェック項目

記載欄の□に、☑を入れてください。

4 報告時期

前年12月31日時点の内容を、毎年1月31日までに報告してください。

5 報告書の提出先

書面で報告する場合は、薬局の所在地を管轄する保健所に提出してください。

II 報告内容

1 連絡担当者

報告内容に関して、お問い合わせをさせていただく場合の担当者を記載してください。

なお、「連絡先電話番号」、「連絡先FAX番号」及び「電子メールアドレス」は、制度改正や緊急を要する国からの情報等を県から一斉に通報する機能に使用されます。

また、これらの情報は管理運営のためにのみ使用するので非公表となります。

2 基本情報等

(1) 薬局許可情報

薬局開設許可証に記載されている薬局の許可年月日及び許可番号を記載してください。

なお、許可年月日は、有効期間の開始年月日を記載してください。

また、この情報は管理運営のためにのみ使用するので非公表となります。

(2) 薬局の名称

① フリガナ

薬局開設許可証に記載されている薬局の名称をカタカナで記載してください。

② 名称

薬局の名称は、薬局開設許可証に記載されている名称を記載してください。

③ 略称・通称名

特にない場合は、正式名称を記載してください（検索機能で使用されます）。

④ ローマ字

別添『ヘボン式ローマ字一覧』を参照して、ローマ字（ヘボン式）で薬局の名称を記載してください。

ローマ字は全て大文字で記載し、「YAKKYOKU」の前後は1文字空けてください。

なお、英語表記の名称がある場合は、ローマ字での表記に代えて英語表記で差し支えありません。

(3) 薬局開設者

① 開設者名

個人の場合は開設者の氏名、法人の場合はその名称について、①フリガナと②漢字を記載してください。姓と名の間は、1文字空けてください。

② 法人代表者名

法人の場合は、代表者の氏名について、①フリガナと②漢字を記載してください。姓と名の間は、1文字空けてください。個人の場合は、記載不要です。

(4) 薬局の管理者

管理薬剤師の氏名について、①フリガナと②漢字を記載してください。姓と名の間は1文字空けてください。

(5) 薬局の所在地

薬局の所在地は、薬局開設許可証に記載されている所在地を記載してください。

①郵便番号、②フリガナ、③漢字、④英語を記載してください。

【英語での住所表記方法】

- ・ 静岡県は記載不要です。市から記載してください。
- ・ 表記順は、住所の狭い範囲から広い範囲へ順に表記します。
番地 → 町 → 区 → 市 となります。
- ・ 単語の1文字目は大文字で表記し、2文字目以降は小文字で表記します。
- ・ 単語の間は、「,」でつないでください。
- ・ ビル名やマンション、番地の表記は省略しても差し支えありません。
- ・ City(市)、Ku(区)、Gun(郡)、Town(町)の前には「-」を入れてください。

(例示)

沼津市高島本町1-3 東部マンション201号	1-3-201, Takashimahoncho, Numazu-City
静岡市葵区追手町9番6号 西館5階	9-6-5F, Otemachi, Aoi-Ku, Shizuoka-City
藤枝市瀬戸新屋362-1 藤スーパー2階	362-1-2F, Setoaraya, Fujieda-City

(6) 電話番号及びFAX番号

① 電話番号

通常の営業日、開店時間に連絡が可能な電話番号を記載してください。

電話番号が複数ある場合は、2つ目以降の電話番号を(6)営業日・開店時間の「来局特記事項」欄へ記載してください。

例：電話番号 054-〇〇〇-〇〇〇〇

② FAX番号

通常の営業日、開店時間に連絡が可能なFAX番号を記載してください。

FAX番号が複数ある場合は、2つ目以降の電話番号を(6)営業日・開店時間の「来局特記事項」欄へ記載してください。

例：FAX番号 054-〇〇〇-〇〇〇〇

③ 夜間・休日の電話番号

開店時間外や24時間対応を行っている場合、あるいは夜間・休日の地域輪番・当番制に参加している場合等は、その連絡先の電話番号を記載してください。夜間・休日の電話番号が複数ある場合は、2つ目以降の電話番号を(6)営業日・開店時間の「来局特記事項」欄へ記載してください。

例：夜間・休日の電話番号 054-〇〇〇-〇〇〇〇

(7) 営業日・開店時間

基本となる開店時間を24時間表記で記載してください。

曜日ごとの開店時間が基本となる開店時間どおりであれば、その曜日の欄に「○」を記入し、その他の場合は、その開店時間を記入してください。

管轄保健所へ届け出ている営業日・開店時間を記載してください。

(9)において、開店時間外や24時間対応を行っている場合は、電話対応、調剤対応可能等の時間がわかるように来局特記事項にその説明を記載してください。

例：開店時間外は20時から24時まで電話対応可能

24時間調剤対応可能

(8) 休業日

毎週決まった曜日の休業日、決まった週の決まった曜日の休業日について、該当する欄に「○」を記載してください。

また、祝日に休業する場合は、「祝日に休業」の欄に「○」を記載してください。

その他、通常の休業日以外の休業日（年末年始等）を「その他の休業日」欄に記載してください。

(9) 健康サポート薬局である旨の表示の有無・開店時間外の対応

健康サポート薬局である旨の表示の有無は、あらかじめ、管轄保健所に届出を行っている場合に「○」を記載してください。

開店時間外や24時間対応を行っている場合、あるいは夜間・休日の地域輪番・当番制に参加している場合等、02から08の該当する項目欄に「○」を記載してください。

開店時間外や24時間対応を行っている場合は(7)の来局特記事項にその説明を記載してください。

3 薬局へのアクセス

(1) 薬局までの主な利用交通手段

次の点に留意し、利用交通手段のうち、主な手段を簡潔に記載してください。

- ・ 公共交通機関を利用した場合とし、最寄りの駅・停留所の名称及び当該駅や停留所からの徒歩による所要時間を記載してください。
- ・ 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。

【主な利用交通手段の表記方法】

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・ JR静岡駅南口、徒歩10分・ 〇〇バス県庁前停留所、徒歩1分・ 沼津市役所、徒歩3分 |
|--|

(2) 薬局の駐車場

薬局が所有する駐車場又は契約している駐車場等、薬局を訪れた患者等が自由に使用できる駐車場がある場合は「該当」欄に「○」を記載し、さらに、「有料」又は「無料」の駐車場台数を記載してください。

薬局が所有する駐車場又は契約している駐車場等、薬局を訪れた患者等が自由に使用できる駐車場はないが近隣に他の駐車場がある場合は、「近隣に無料駐車場あり」又は「近隣に有料駐車場あり」等を「特記事項」欄に記載してください。

(3) ホームページアドレス

薬局が開設しているホームページアドレスを記載してください。ただし、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場合は、記載しないでください。ホームページを開設していない場合は、空欄としてください。

(4) 電子メールアドレス

患者や住民が連絡、相談等を行うことできる薬局専用の電子メールアドレスを記載してください。ただし、薬局の従業者個人の電子メールアドレスや、業務以外に使用する等の電子メールアドレスは、記載しないでください。電子メールアドレスがない場合及び電子メールによる相談等の対応を行わない場合は、空欄としてください。

4 薬局サービス等

(1) 開店時間外で相談できる時間・相談に対する対応の可否

開店時間外に相談対応できる場合は、「対応の可否」及び「時間外の対応時間」欄に「○」を記載し、「時間外の対応時間」欄に24時間表記で対応時間を記載してください。「連絡先電話番号」についても併せて記載してください。

また、2～5の相談内容について対応が可能な場合は、同様に記載してください。

(2) 障害者に対する配慮

① 聴覚障害者に対するサービスの01から04の該当する項目全ての「該当」欄に「○」を記載してください。

② 視覚障害者に対するサービスの01から04の該当する項目全ての「該当」欄に「○」を記載してください。

(3) 車椅子の利用者に対する配慮

バリアフリー構造であること等、車椅子での来局が可能な場合は「車椅子での来局の可否」の「該当」欄に「○」を記載してください。

車椅子での来局が可能な場合、スロープの設置等、01から06の該当する項目全ての「該当」欄に「○」を記載してください。

(4) 受動喫煙を防止するための措置

該当する項目に「○」を記載してください。

(5) 対応することができる外国語の種類

対応可能な言語及びその対応レベルの該当する欄に「○」を記載してください。また、一覧にない言語で対応可能な言語があれば、その言語名及びその対応レベルを記載してください。

5 費用負担

(1) 医療保険及び公費負担の取扱い

① 保険薬局指定の有無

保険薬局の指定を受けている場合は、欄に「○」を記載してください。

② 公費負担の指定等

医療保険の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「○」を記載してください。

(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料金の支払いが可能な場合は「該当」欄に「○」を記載してください。また、取扱いのあるクレジットカードの種類の「該当」欄に「○」を記載してください。

6 業務内容、提供サービス

(1) 認定薬剤師の種類及び人数

薬事に関する事務（調剤等業務、薬物治療、医薬品開発）について、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がいる場合は該当種類に、その人数を記載してください。また、認定の種類が公益社団法人薬剤師認定制度認証機構（CPC）により認証された認定制度の実施機関（認定団体）による認定である場合は、次のように記載してください。

例：〇〇認定薬剤師（認定団体名（CPC））

(2) 薬局の業務内容

① 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施行規則（昭和36年厚生省令第1号）別表第1に掲げる事項

次の条件に適合する場合は、01から08の該当する項目全ての「該当」欄に「○」を記載してください。

【業務内容の説明】

01	無菌調剤 (社会保険事務局届出施設)	中心静脈栄養輸液、抗悪性腫瘍注射剤等の混合調製に関し、無菌製剤処理を行うための施設基準に適合している旨を社会保険事務局に届け出ている場合。
02	一包化調剤	一包化調剤が可能な場合。
03	麻薬調剤(免許取得施設)	麻薬小売業者免許を有する場合。
04	浸煎薬及び湯薬の調剤	生薬（漢方を含む。）の浸煎薬・湯薬の調剤が可能な場合。
05	薬局製剤 (承認・許可取得施設)	薬局製剤の製造承認を受けており、かつ、製造販売業許可を受けている場合。
06	在宅訪問 (社会保険事務局届出施設)	医療を受ける者の居宅等において医師又は歯科医師が交付した処方せんにより調剤業務を行う場合で、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を社会保険事務局に届け出ている場合。
07	薬剤服用歴管理	患者の薬剤服用歴を管理している場合。
08	お薬手帳の交付及び記載	お薬手帳の交付及び当該手帳への記載を行っている場合

② 県で定める事項

(ア) 要指導医薬品又は一般用医薬品の取扱い

薬局において要指導医薬品又は一般用医薬品を取扱っている場合は「要指導医薬品又は一般用医薬品の取扱いの有無」欄に「○」を記載してください。

また、要指導医薬品又は一般用医薬品の取扱いがある場合、その取扱っている品目数(概数)を記載してください。

(イ) 特定販売の有無

特定販売を行っている場合は、「特定販売の有無」欄に「○」を記載してください。

(ウ) 高度管理医療機器等販売業・貸与業の許可

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39条第1項の規定に基づく許可を受けている場合は、高度管理医療機器等販売業・貸与業の許可の有無」欄に「○」を記載してください。

また、許可のある場合は、許可証に記載されている許可年月日、許可番号及び取り扱っている機器の種類を記載してください。

なお、許可年月日及び許可番号は管理運営のためにのみ使用するので非公表となります。

(3) 地域医療連携体制

① 地域医療連携

医療機関と連携し、在宅医療に取り組んでいる場合、又は、通常の営業日、開店時間外の対応のため、周辺の薬局で構成する輪番制への参加している場合は、「地域医療連携の実施」欄に「○」を記載してください。

また、地域医療連携に関する窓口が設置されている場合は、「窓口の設置の有無」欄に「○」を記載し、その名称、代表者、電話番号、FAX番号、ホームページアドレス、メールアドレスを記載してください。

② 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、イベントへ参加等行っている場合及び学校教育等の啓発活動へ参加等を行っている場合は、それぞれ該当する項目の「参加」欄に「○」を記載してください。

7 実績、結果等に関する事項

(1) 薬局の薬剤師数

次の算出方法により薬事に関する実務に従事する薬剤師の数（常勤換算）を記載してください。なお、端数は切り捨ててください。（参考：平成11年2月16日付け医薬企第16号厚生省医薬安全局企画課長通知「薬局等の許可等に関する疑義について（回答）」）

【薬剤師の数（常勤換算）の算出方法】

- ・ 薬局で定める勤務時間全てを勤務する薬剤師を常勤薬剤師とし、常勤薬剤師は1と計上してください。
- ・ 非常勤薬剤師は、その勤務時間を1週間の薬局で定める勤務時間により除した数とします。ただし、1週間の薬局で定める勤務時間が32時間未満と定めている場合は、換算する分母は32時間とする。
- ・ 1週間の薬局で定める勤務時間が40時間の薬局について、薬剤師Aは常勤、薬剤師B、C、Dはそれぞれ週20時間の場合は、 $1 + 0.5 + 0.5 + 0.5 = 2.5$ となり、報告書へは「2」と記載します。
- ・ 1週間の薬局で定める勤務時間が30時間の薬局について、薬剤師Aは常勤、薬剤師Bは週30時間、薬剤師Cは20時間の場合は、 $1 + 30/32 + 20/32 = 2.56$ となり、報告書へは「2」と記載します。

(2) 医療安全対策

医薬品の使用に係る安全な管理の確保のために、医薬品に係る安全管理責任者を設置をしている場合は「○」を記載してください。

(3) 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は「○」を記載してください。

(4) 症例検討会議の開催の有無

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に行っている場合は「○」を記載してください。

(5) 処方箋を応需した者の数

前年に処方箋を応需した延べ患者数（概数）を記載してください。

(6) 患者満足度の調査

過去1年以内に薬局に来訪した患者又はその家族に対し、薬局の提供するサービス等に関するアンケート等の調査を行った場合は「患者満足度調査の実施（過去一年以内）の有無」欄に「○」を記載してください。

また、その調査結果について、薬局において閲覧できるようにする等、公表を行っている場合は「患者満足度調査結果の提供の有無」欄に「○」を記載してください。

提出・問合せ先一覧

名 称	電 話	所 在 地	管轄地域
健康福祉部薬事課	054- 221-2412	〒420-8601 静岡市葵区追手町9-6	県下
賀茂保健所 (衛生薬務課)	0558- 24-2057	〒415-0016 下田市中531-1	下田市、東伊豆町、河津町、 南伊豆町
松崎保健支援室	0558- 42-0262	〒410-3624 賀茂郡松崎町江奈255-3	松崎町、西伊豆町
熱海保健所 (衛生薬務課)	0557- 82-9115	〒413-0016 熱海市水口町13-15	熱海市、伊東市
東部保健所 (衛生薬務課)	055- 920-2107	〒410-8543 沼津市高島本町1-3	沼津市、三島市、裾野市、 伊豆の国市、清水町、長泉町、 函南町
修善寺支所	0558- 72-2310	〒410-2413 伊豆市小立野66-1	伊豆市
御殿場保健所 (衛生薬務課)	0550- 82-1223	〒412-0039 御殿場市かまど1113	御殿場市、小山町
富士保健所 (衛生薬務課)	0545- 65-2153	〒416-0906 富士市本市場441-1	富士市、富士宮市
中部保健所 (衛生薬務課)	054- 644-9289	〒426-8664 藤枝市瀬戸新屋362-1	焼津市、藤枝市、島田市、 川根本町
榛原分庁舎	0548- 22-1151	〒421-0422 牧之原市静波447-1	牧之原市、吉田町
西部保健所 (衛生薬務課)	0538- 37-2245	〒438-8622 磐田市見付3599-4	磐田市、袋井市、森町
掛川支所	0537- 22-3262	〒436-0073 掛川市金城93	掛川市、御前崎市、菊川市
浜名分庁舎	053- 594-3661	〒431-0302 湖西市新居町新居3447	湖西市
静岡市保健所 (生活衛生課)	054- 249-3158	〒420-0846 静岡市葵区城東町24-1	葵区、駿河区
清水支所	054- 354-2214	〒424-0822 静岡市清水区旭町6-8	清水区
浜松市保健所 (保健総務課)	053- 453-6135	〒432-8550 浜松市中区鴨江2-11-2	中区、東区、南区、西区
浜北支所	053- 585-1172	〒434-8850 浜松市浜北区西美菌 6	北区、浜北区、天竜区

ヘボン式ローマ字一覧

あ	A	い	I	う	U	え	E	お	O
か	KA	き	KI	く	KU	け	KE	こ	KO
さ	SA	し	SHI	す	SU	せ	SE	そ	SO
た	TA	ち	CHI	つ	TSU	て	TE	と	TO
な	NA	に	NI	ぬ	NU	ね	NE	の	NO
は	HA	ひ	HI	ふ	FU	へ	HE	ほ	HO
ま	MA	み	MI	む	MU	め	ME	も	MO
や	YA			ゆ	YU			よ	YO
ら	RA	り	RI	る	RU	れ	RE	ろ	RO
わ	WA	ゐ	I			ゑ	E	を	O
ん	N (M)								
が	GA	ぎ	GI	ぐ	GU	げ	GE	ご	GO
ざ	ZA	じ	JI	ず	ZU	ぜ	ZE	ぞ	ZO
だ	DA	ぢ	J I	づ	ZU	で	DE	ど	DO
ば	BA	び	BI	ぶ	BU	べ	BE	ぼ	BO
ぱ	PA	ぴ	PI	ぷ	PU	ぺ	PE	ぽ	PO
きゃ	KYA			きゅ	KYU			きょ	KYO
しゃ	SHA			しゅ	SHU			しょ	SHO
ちゃ	CHA			ちゅ	CHU			ちょ	CHO
にゃ	NYA			にゅ	NYU			にょ	NYO
ひゃ	HYA			ひゅ	HYU			ひょ	HYO
みゃ	MYA			みゅ	MYU			みょ	MYO
りゃ	RYA			りゅ	RYU			りょ	RYO
ぎゃ	GYA			ぎゅ	GYU			ぎょ	GYO
じゃ	JA			じゅ	JU			じょ	JO
びゃ	BYA			びゅ	BYU			びょ	BYO
ぴゃ	PYA			ぴゅ	PYU			ぴょ	PYO

<本表及びその他用法での注意事項>

1 発音

「ん」は「N」と表記しますが、B・M・Pの前の「ん」は「N」の代わりに「M」と表記します。

難波 (なんば)	本間 (ほんま)	三瓶 (さんぺい)
NAMBA	HOMMA	SAMPEI

2 促音

子音を重ねて表記します。ただし、うしろが「C」(ち「CHI」、ちゃ「CHA」、ちゅ「CHU」、ちょ「CHO」)の場合は、子音を重ねず、その前に「T」を置きます。

服部 (はっとり)	吉川 (きっかわ)	八丁 (はっちょう)
HATTORI	KIKKAWA	HATCHO

3 長音

長音は表記しません。

河野 (こうの)	大野 (おおの)	大阪 (おおさか)
KONO	ONO	OSAKA

4 例外

「ファ行」は「F」を使用します。

ファーマシー
FAMASHI