

衛 薬 第 6 6 9 号  
平成 30 年 12 月 18 日

各 保 健 所 長 }  
各 政 令 市 保 健 所 長 } 様

静岡県健康福祉部長

静岡県薬局機能情報提供制度実施要領の一部改正について

静岡県薬局機能情報提供制度実施要領については、平成 30 年 3 月 29 日付け衛薬第 912 号静岡県健康福祉部長通知（以下「部長通知」という。）により運用しているところですが、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の一部を改正する省令（平成 29 年厚生労働省令第 109 号）が平成 31 年 1 月 1 日から施行されること等に伴い、別添のとおり一部改正しましたのでお知らせします。

については、下記の点に留意の上、運用いただくとともに関係機関及び薬剤師会非会員への周知をお願いします。

なお、公益社団法人静岡県薬剤師会会長宛て別途通知しました。

記

1 改正の概要

- (1) かかりつけ薬剤師・薬局の普及を目指した新たな指標（KPI; Key Performance Indicator）として設定された項目を追加したこと。
- (2) 「薬剤師不在時間の有無」について「医療ネットしずおか」による報告・公表体制が整備されることに伴い、部長通知による対応を終了したこと。
- (3) その他薬局機能の見える化等、所要の追加及び修正を行ったこと。

2 留意事項

- (1) 「健康サポート薬局である旨の表示」又は「薬剤師不在時間の有無」に係る届出を受理した場合は、その都度当該情報を薬事課に情報提供することとしたこと。
- (2) 本改正は平成 31 年 1 月 1 日から施行すること。

ただし、インターネット回線による報告・公表は、平成 31 年 1 月 8 日からの運用となること。

担 当 生活衛生局薬事課薬事企画班  
電話番号 0 5 4 - 2 2 1 - 2 4 1 2



衛 薬 第 669 号  
平成 30 年 12 月 18 日

公益社団法人静岡県薬剤師会会長 様

静岡県健康福祉部長

### 静岡県薬局機能情報提供制度実施要領の一部改正について

静岡県薬局機能情報提供制度実施要領については、平成 30 年 3 月 29 日付け衛薬第 912 号静岡県健康福祉部長通知（以下「部長通知」という。）により運用しているところですが、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の一部を改正する省令（平成 29 年厚生労働省令第 109 号）が平成 31 年 1 月 1 日から施行されること等に伴い、別添のとおり一部改正しましたのでお知らせします。については、下記の点に留意の上、貴会会員への周知をお願いします。

### 記

#### 1 改正の概要

- (1) かかりつけ薬剤師・薬局の普及を目指した新たな指標（KPI; Key Performance Indicator）として設定された項目を追加したこと。
- (2) 「薬剤師不在時間の有無」について「医療ネットしずおか」による報告・公表体制が整備されることに伴い、部長通知による対応を終了したこと。
- (3) その他薬局機能の見える化等、所要の追加及び修正を行ったこと。

#### 2 留意事項

本改正は平成 31 年 1 月 1 日から施行すること。

ただし、インターネット回線による報告・公表は、平成 31 年 1 月 8 日からの運用となること。

担 当 生活衛生局薬事課薬事企画班  
電話番号 0 5 4 - 2 2 1 - 2 4 1 2

## 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、静岡県における薬局機能情報報告・公表事項（別表）のとおりとする。報告は、別添「薬局機能情報報告記載要領」により行うものとする。

#### (2) 薬局機能情報の報告時期

ア 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。

イ 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（以下「定期報告」という。）ものとする。

ウ 薬局開設者は、既に報告した別表に掲げる事項のうち、次の事項について変更が生じたときは、速やかに報告する（以下「変更報告」という。）ものとする。なお、他の事項の変更についても随時報告することは差し支えない。

|           |  |
|-----------|--|
| 2 基本情報等   | (2) 薬局の名称、(3) 薬局の開設者、(4) 薬局の管理者、(5) 薬局の所在地、(6) 薬局の案内用の電話番号及びFAX番号、(7) 営業日・開店時間、(8) 休業日、(9) 開店時間外の対応、(10) 健康サポート薬局である旨の表示、(11) 薬剤師不在時間の有無 |
| 4 薬局サービス等 | (1) 相談への対応（当該項目に設けられている開店時間外の相談の対応可能時間に限る）   |

### (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（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。薬事課は、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。

なお、インターネット回線により報告できない場合は、薬局機能情報報告書（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。

#### イ 定期報告

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。

なお、インターネット回線により報告できない場合は、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。

#### ウ 変更報告

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。

なお、インターネット回線により報告できない場合は、薬局機能情報報告書（様式第3号又は様式第2号（変更報告が必須とされている項目以外の項目について報告する場合）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。

### (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、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こと。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。

## 5 その他

### (1) 報告書の送付

保健所は、受理した報告書（様式第1号～第3号）を速やかに薬事課に送付するものとする。

### (2) 薬局の届出に係る情報共有

保健所は、薬局開設者から法第10条の規定による薬局の廃止届（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又は薬剤師不在時間の有無に係る届出を受理した場合は、届出者に薬局機能情報の報告をするよう指導するとともに、当該情報を健康サポート薬局である旨の表示に係る届出のあった薬局一覧表（別表1）又は薬剤師不在時間に係る届出のあった薬局一覧表（別表2）に記載し、その都度薬事課と共有することとする。

#### 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。

#### 附則

この改正は、平成30年4月1日から施行する。

#### 附則

この改正は、平成31年1月1日から施行する。

平成 年 月 日

## 基礎項目登録票

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。〕

インターネットにより報告を行うため、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

|            |             |
|------------|-------------|
| 正式名称       | フリガナ        |
|            | ローマ字（ヘボン式）※ |
| 略称・<br>通称名 | フリガナ        |
|            |             |

※記入例：〇〇薬局 → MARUMARU YAKKYOKU 全て大文字で記載してください。

## 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 |  |

※代表者の氏名の記載は不用です。

## 4 薬局管理者

|         |  |
|---------|--|
| フリガナ    |  |
| 管理薬剤師氏名 |  |

## 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 |



## 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FAX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FAX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<br>※通常簡略化して使用されている<br>名称を記入して下さい |  |
| 正式名称ローマ字（ヘボン式）表記<br>（英語表記）              |  |

（ローマ字（ヘボン式）表記記入例）

・〇〇薬局 → MARUMARU YAKKYOKU

**(3) 薬局の開設者**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| 開設者名（法人の場合は法人名）<br>（フリガナ） |  |
| 開設者名（法人の場合は法人名）           |  |
| 法人代表者名（フリガナ）              |  |
| 法人代表者名                    |  |

**(4) 薬局の管理者**

|            |  |
|------------|--|
| 管理者名（フリガナ） |  |
| 管理者名       |  |

**(5) 薬局の所在地**

|           |                        |                 |
|-----------|------------------------|-----------------|
| 郵便番号      | —                      | ※必ず7桁で記入してください。 |
| 所在地（フリガナ） |                        |                 |
| 所在地       |                        |                 |
|           | ※ビル名、号室等まで正確に記入してください。 |                 |
| 所在地（英語表記） |                        |                 |

（英語記入例）

・〇〇市〇〇町1-2-3 〇〇ビル5階 → 1-2-3-5F, Marumarucho, Marumaru-City

※データベース管理の都合上、所在地の「字（あざ）」表記は省略して登録いたします。

**(6) 薬局の案内用の電話番号及びFAX番号**

1. 住民案内用電話番号

|   |   |
|---|---|
| — | — |
|---|---|

2. 夜間・休日

※夜間・休日の電話番号がある場合は、以下に番号を記入してください。

住民案内用電話番号

|   |   |
|---|---|
| — | — |
|---|---|

3. 住民案内用FAX番号

|   |   |
|---|---|
| — | — |
|---|---|

(7) 営業日・開店時間

基本となる開店時間帯を24時間表記で記入してください。

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。

また、休業日の場合は記入しないでください。

|     |       |      |            |             |             |     |
|-----|-------|------|------------|-------------|-------------|-----|
| 記入例 |       | 月曜   | 開店時間       | 9 時 ~ 18 時、 | 20 時 ~ 22 時 |     |
|     | 火~金曜  | 開店時間 | 9 時 ~ 18 時 |             |             |     |
|     | 土曜    | 開店時間 | 9 時 ~ 12 時 |             |             |     |
|     | 日曜・祝日 | 休業日  |            |             |             | の場合 |

|               |       |                         |
|---------------|-------|-------------------------|
| 基本となる<br>開店時間 | 時間帯 1 | 9 時 00 分 ~ 18 時 00 分まで  |
|               | 時間帯 2 | 20 時 00 分 ~ 22 時 00 分まで |
|               | 時間帯 3 | 時 分 ~ 時 分まで             |

|       |   |   |            |   |
|-------|---|---|------------|---|
|       | 月 | 火 | 土          | 日 |
| 時間帯 1 | レ | レ | 9:00~12:00 |   |
| 時間帯 2 | レ |   |            |   |
| 時間帯 3 |   |   |            |   |

来局特記事項

|         |   |     |       |   |       |       |   |   |  |  |  |
|---------|---|-----|-------|---|-------|-------|---|---|--|--|--|
| 第 1     | 、 | 第 3 | 火 曜   | は | 1 7 時 | ま     | で |   |  |  |  |
| 開 店 時 間 | 外 | は   | 2 0 時 | か | ら     | 2 4 時 | ま | で |  |  |  |
| 電 話 対 応 | 可 | 能   |       |   |       |       |   |   |  |  |  |

|               |       |             |
|---------------|-------|-------------|
| 基本となる<br>開店時間 | 時間帯 1 | 時 分 ~ 時 分まで |
|               | 時間帯 2 | 時 分 ~ 時 分まで |
|               | 時間帯 3 | 時 分 ~ 時 分まで |

|       |   |   |   |   |
|-------|---|---|---|---|
|       | 月 | 火 | 水 | 木 |
| 時間帯 1 |   |   |   |   |
| 時間帯 2 |   |   |   |   |
| 時間帯 3 |   |   |   |   |
|       | 金 | 土 | 日 | 祝 |
| 時間帯 1 |   |   |   |   |
| 時間帯 2 |   |   |   |   |
| 時間帯 3 |   |   |   |   |

(9)において、開店時間外や24時間の対応を行っている場合は、電話対応、調剤対応可能等の旨及びそ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

来局特記事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**(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。

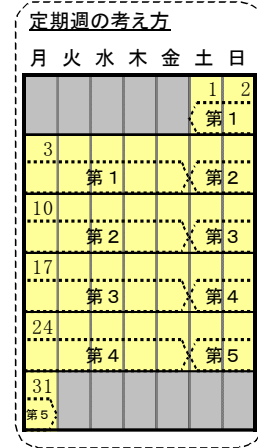
※該当する曜日に「☑」を記入してください。

※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<br>(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 |

**(9) 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 開店時間外でも対応可能   |    | 05 時間外の連絡先を薬袋等に表示   |    |
| 02 24時間対応可能      |    | 06 時間外の連絡先を留守番電話で告知 |    |
| 03 地域輪番制に参加      |    | 07 時間外の連絡先へ転送       |    |
| 04 時間外の連絡先を店頭に掲示 |    |                     |    |

**(10) 健康サポート薬局である旨の表示**

| 項目                    | 該当 |
|-----------------------|----|
| 01 健康サポート薬局である旨の表示の有無 |    |

**(11) 薬剤師不在時間の有無**

薬剤師不在時間がある場合、「☑」を記入してください。

|            |  |
|------------|--|
| 薬剤師不在時間の有無 |  |
|------------|--|

**(12) 薬局からのお知らせ**

お知らせ、イベント情報等を記載してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**【3 薬局へのアクセス】**

※各項目について、記入、又は、「該当」欄に「☑」を記入してください。

**(1) 薬局までの主な利用交通手段**

※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。

※公共交通機関を利用した場合として記入してください、複数の交通手段の記載は差し支えありません。

|                   |  |
|-------------------|--|
| 薬局までの主な<br>利用交通手段 |  |
|-------------------|--|

(薬局までの主な利用交通手段記入例)

・「○線○駅より徒歩○分」「○バス○バス停より徒歩○分、○○通り○小学校前」などを記入してください。

**(2) 薬局の駐車場**

| 項目名                      | 該当                       | 駐車場台数  |  |
|--------------------------|--------------------------|--|--|
| 駐車場がある<br>(契約駐車場も<br>含む) | <input type="checkbox"/> | 有料 <input style="width: 40px;" type="text"/> 台 | 無料 <input style="width: 40px;" type="text"/> 台 |
| 特記事項(有<br>料の場合の<br>料金など) |                          |  |  |

**(3) 案内用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記入してください。※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URLは記入しないでください。

※同一のホームページに複数の薬局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。

|                |                          |
|----------------|--------------------------|
| ホームペー<br>ジアドレス | h t t p : / /            |
| ホームペー<br>ジが有料  | <input type="checkbox"/> |
| 特記事項           |                          |

※ホームページが有料である場合「☑」を記入し、その他に特記事項がある場合は以下に記入してください。

**(4) 案内用電子メールアドレス**

住民が連絡できる電子メールアドレスを有している場合は、その電子メールアドレスを記入してください。

※ただし、薬局の従業者個人の電子メールアドレスなど、業務以外に使用する等の電子メールアドレスは記入しないでください。

|                   |  |
|-------------------|--|
| 電子メー<br>ル<br>アドレス |  |
|-------------------|--|

**【4 薬局サービス等】**

※実施及び設置しているものについて、「該当」欄に「☑」を記入、又は、数値等を記入してください。

**(1) 相談への対応**

i) 開店時間外の相談

※時間外の相談について対応を実施する場合、「時間外対応」に「☑」を記入し、「時間外の対応時間」を24時間表記で記入してください。また、「連絡先電話番号」を併せて記入してください。

|            |  |  |   |  |  |   |   |  |  |   |  |   |
|------------|--|--|---|--|--|---|---|--|--|---|--|---|
| 対応の可否      |  |  |   |  |  |   |   |  |  |   |  |   |
| 時間外の対応可能時間 |  |  | 時 |  |  | 分 | ～ |  |  | 時 |  | 分 |
| 連絡先電話番号    |  |  |   |  |  |   | — |  |  |   |  | — |

ii) 薬に関する相談（服薬相談）

|                  |  |
|------------------|--|
| 薬に関する相談（服薬相談）の可否 |  |
|------------------|--|

対応可能なもの1つ以上の「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 |
|-----------|----|--------------|----|
| 一般用医薬品の相談 |    | 公衆衛生相談       |    |
| 漢方相談      |    | 服薬に関するその他の相談 |    |

iii) 健康相談

|         |  |
|---------|--|
| 健康相談の可否 |  |
|---------|--|

対応可能なもの1つ以上の「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 |
|--------------|----|-----------|----|
| 特定保健用食品の相談   |    | 体脂肪測定器の相談 |    |
| 各種疾病用食品の相談   |    | 血圧測定器の相談  |    |
| 各種検査薬の相談     |    | 栄養相談      |    |
| 自己血糖測定器の相談   |    | 健康食品の相談   |    |
| 健康に関するその他の相談 |    |           |    |

iv) 介護相談

|         |  |
|---------|--|
| 介護相談の可否 |  |
|---------|--|

対応可能なもの1つ以上の「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 |
|----------|----|---------------|----|
| 介護用品の相談  |    | 介護保険関連事業所等の紹介 |    |
| 介護用食品の相談 |    | 介護に関するその他の相談  |    |

v) 禁煙相談

|         |  |
|---------|--|
| 禁煙相談の可否 |  |
|---------|--|

vi) 誤飲・誤食の相談

|             |  |
|-------------|--|
| 誤飲・誤食の相談の可否 |  |
|-------------|--|

vii) ドーピング防止の相談

|               |  |
|---------------|--|
| ドーピング防止の相談の可否 |  |
|---------------|--|

※他に相談等を実施している場合は具体的に以下に記入してください

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(2) 障害者に対する配慮

1. 聴覚障害者に対するサービス (複数選択可)

| 項目名                    | 該当 | 項目名               | 該当 |
|------------------------|----|-------------------|----|
| 01 手話による服薬指導等 (事前連絡要)  |    | 03 画面表示による服薬指導等   |    |
| 02 手話による服薬指導等 (事前連絡不要) |    | 04 文書又は筆談による服薬指導等 |    |

2. 視覚障害者に対するサービス (複数選択可)

| 項目名             | 該当 | 項目名             | 該当 |
|-----------------|----|-----------------|----|
| 01 薬袋への点字表示     |    | 04 音声案内による服薬指導等 |    |
| 02 薬剤への点字表示     |    | 05 点状ブロックの設置    |    |
| 03 点字表示による服薬指導等 |    |                 |    |

※対応できる曜日・時間等ある場合は具体的に以下に記入してください

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(3) 車椅子の利用者に対する配慮 (複数選択可)

| 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の設置   |    |
| 02 スロープの設置     |    | 06 昇降機の設置  |    |
| 03 手すりの設置      |    | 07 高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律第14条第1項に規定する「建築物移動等円滑化」基準へ適合 |    |
| 04 車椅子対応トイレの設置 |    |  |    |

(4) 受動喫煙を防止するための措置

| 項目名           | 該当 | 項目名    | 該当 |
|---------------|----|--------|----|
| 01 全面禁煙       |    | 03 未実施 |    |
| 02 喫煙所設置 (分煙) |    |        |    |



**(5) 対応することができる外国語の種類**

※薬局内で外国語対応が可能な場合、該当する言語の対応レベルに○を記入してください。

|      |                      |      |                         |
|------|----------------------|------|-------------------------|
| レベル1 | 言葉に不自由にすることなく対応が可能   | レベル3 | 会話の自信はないが図示や単語の羅列で対応が可能 |
| レベル2 | 日常会話程度の会話力ではあるが対応が可能 | レベル4 | 対応不可                    |

| 言語 |               | 対応レベル |      |      |      |
|----|---------------|-------|------|------|------|
|    |               | レベル1  | レベル2 | レベル3 | レベル4 |
| 01 | 英語            |       |      |      |      |
| 02 | 広東語           |       |      |      |      |
| 03 | 北京語           |       |      |      |      |
| 04 | 台湾語           |       |      |      |      |
| 05 | ハングル          |       |      |      |      |
| 06 | タイ語           |       |      |      |      |
| 07 | フィリピン語(タガログ語) |       |      |      |      |
| 08 | インドネシア語       |       |      |      |      |
| 09 | トルコ語          |       |      |      |      |
| 10 | フランス語         |       |      |      |      |
| 11 | ポルトガル語        |       |      |      |      |
| 12 | ドイツ語          |       |      |      |      |
| 13 | ロシア語          |       |      |      |      |
| 14 | イタリア語         |       |      |      |      |
| 15 | スペイン語         |       |      |      |      |

上記のほか常時対応できる外国語がある場合、外国語の種類を記入してください。

| 言語名 | 対応レベル |      |      |
|-----|-------|------|------|
|     | レベル1  | レベル2 | レベル3 |
|     |       |      |      |
|     |       |      |      |
|     |       |      |      |
|     |       |      |      |
|     |       |      |      |

**特記事項**

※対応できない曜日や時間等がある場合や、事前に連絡が必要な場合は記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**【5 費用負担等】**

**(1) 医療保険及び公費負担の取扱い**

指定がある場合、欄に「☑」を記入してください。

1. 保険薬局指定・・・・・・・・・・

2. 公費負担の指定等

※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03、12、13については薬局が指定を受けるものではないため、☑の記入は不要です。

| 項目名 |  | 該当     | 項目名 |   | 該当     |
|-----|--|--------|-----|---|--------|
| 01  | 生活保護法に基づく指定                            |        | 11  | 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律に基づく指定 |        |
| 02  | 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（結核医療） |        | 12  | 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく指定（入院措置）           | 該当薬局なし |
| 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（入院医療） | 該当薬局なし | 13  | 麻薬及び向精神薬取締法に基づく指定（入院措置）                   | 該当薬局なし |
| 04  | 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（認定疾病医療）      |        | 14  | 児童福祉法に基づく指定                               |        |
| 05  | 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（一般疾病医療）      |        | 15  | 母子保健法に基づく指定                               |        |
| 06  | 障害者自立支援法に基づく指定（精神通院医療）                 |        | 16  | 特定疾患治療費（いわゆる難病医療）                         |        |
| 07  | 障害者自立支援法に基づく指定（更生医療・育成医療）              |        | 17  | 児童福祉法による小児慢性特定疾患治療研究事業に係る医療の給付            |        |
| 08  | 労働者災害補償保険法に基づく指定                       |        | 18  | 児童福祉法の措置等に係る医療の給付                         |        |
| 09  | 戦傷病者特別援護法に基づく指定（療養の給付）                 |        | 19  | 石綿による健康被害の救済に関する法律に基づく指定                  |        |
| 10  | 戦傷病者特別援護法に基づく指定（更生医療）                  |        | 20  | 公害健康被害の補償等に関する法律に基づく指定                    |        |

※上記以外の指定を受けている場合は以下に記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**(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「☑」を記入してください

| 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 |    |

※取扱いのあるクレジットカードの種類の「該当」欄に「☑」を記入してください。

| 項目名 |         | 該当 | 項目名 |             | 該当 |
|-----|---------|----|-----|-------------|----|
| 01  | J C B   |    | 04  | M a s t e r |    |
| 02  | V I S A |    | 05  | D C         |    |
| 03  | U C     |    |     |             |    |

※上記以外の場合は、使用可能なカードの種類を記入してください。

|             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 使用可能なカードの種類 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**【6 業務内容、提供サービス】**

**(1) 認定薬剤師の種類及び人数 (複数選択可)**

※認定薬剤師とは、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。

※常勤、非常勤にかかわらず、実数を記入してください。

※保護司、麻薬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。

i) 認定薬剤師(CPC((公社)薬剤師認定制度認証機構))の種類及び人数

※認定の種類が、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。

※認定団体名の後ろに(CPC)と付記してください。

記載例:〇〇認定薬剤師/認定団体名×××(CPC)

| 認定名称/認定団体名 | 認定薬剤師の人数(人) |  |  |   |
|------------|-------------|--|--|---|
|            |             |  |  | 人 |
|            |             |  |  | 人 |

ii) 上記以外の認定薬剤師が貴局にいる場合、その名称を記入するとともに、実数を記入してください。

記載例:〇〇認定薬剤師/認定団体名×××

| 認定名称/認定団体名 | 認定薬剤師の人数(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**

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

**(3) 薬局の業務内容 (複数選択可)**

※次の業務内容を実施している、または実施可能な場合は、「該当」欄に「☑」を記入してください。

**健康サポート薬局の各機能**

※健康サポート薬局の届出を行っていない場合も記載してください。

※健康サポート薬局の届出を行った薬局は全ての項目に記入をしてください。

i) かかりつけ薬剤師・薬局としての機能

| 項目名                        | 該当 |
|----------------------------|----|
| 01 かかりつけ薬剤師を選択できる業務運営体制の整備 |    |
| 02 懇切丁寧な服薬指導及び副作用等の状況把握    |    |
| 03 かかりつけ医と連携した受診勧奨の取組      |    |

ii) 健康サポート薬局としての機能

・地域における連携体制の構築

| 項目名                     | 該当 |
|-------------------------|----|
| 01 連携機関への紹介             |    |
| 02 地域における連携体制の構築とリストの作成 |    |
| 03 紹介文書による連携機関への紹介      |    |
| 04 関連団体等との連携及び協力        |    |

・個人情報に配慮した相談窓口の設置

| 項目名                 | 該当 |
|---------------------|----|
| 01 個人情報に配慮した相談窓口の設置 |    |

・要指導医薬品又は一般用医薬品の取扱い

| 項目名                     | 該当 |
|-------------------------|----|
| 01 要指導医薬品等の販売と専門的な説明の実施 |    |

・医薬品の品目数

| 項目名               | 品目数 |  |  |    |
|-------------------|-----|--|--|----|
| 01 要指導医薬品の品目数(概数) |     |  |  | 品目 |
| 02 一般用医薬品の品目数(概数) |     |  |  | 品目 |



**(4) 地域医療連携体制**

医療連携の有無 (例: 地域におけるプレアボイドの取組)

※01: 患者の不利益 (副作用、相互作用、治療効果不十分など) を回避あるいは軽減した事例を収集し、医療機関等の関係者と連携して共有する取組に参加し、事例の提供を行っている場合は「該当」欄に「☑」を記入してください。

※02: 地域でPBPMを導入することにより、薬物療法の適正化や患者の利便性の向上を達成する取組を実施している場合は「該当」欄に「☑」を記入してください。

※PBPM (Protocol Based Pharmacotherapy Management) : 薬剤師に認められている業務の中で、医師と合意したプロトコルに従って薬剤師が主体的に実施する業務を行うこと。

| 業務内容 |                                      | 該当 |
|------|--------------------------------------|----|
| 01   | 地域におけるプレアボイドの把握・収集に関する取組の有無          |    |
| 02   | 地域におけるプロトコルに基づいた薬物治療管理 (PBPM) の取組の有無 |    |

他に医療連携の取組を実施している場合は、具体的に以下に入力してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

地域医療情報連携ネットワークへの参加の有無

※シズケア\*かけはし (静岡県在宅医療・介護連携情報システム) への参加等

| 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 |    |

退院時の情報を共有する体制の有無

| 項目名 |                  | 該当 |
|-----|------------------|----|
| 01  | 退院時の情報を共有する体制の有無 |    |

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

| 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 |    |

地域住民への啓発活動への参加の有無

| 項目名 |  | 該当 |
|-----|--|----|
| 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                               |    |

**(5) 疾病又は事業**

がん

※医療用麻薬の提供が可能であって、在宅訪問の対応が可能、休日・時間外の対応が可能な場合は「該当」欄に「☑」を記入してください。該当の薬局については、県ホームページ内の保健医療計画のページに名称を掲載します。

| 項目名 |        | 該当 |
|-----|--------|----|
| 01  | 在宅緩和ケア |    |

**【7 実績、結果等に関する事項】**

※該当する項目に「☑」、または人数を記入してください

**(1) 薬局の薬剤師数 (常勤換算)**

※薬事に関する業務に従事する薬剤師数を記入してください。

※端数は切り捨ててください。

| 項目名  | 人数 |
|------|----|
| 薬剤師数 | 人  |

**(2) 医療安全対策の実施**

※01:報告期日の前年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。

※02: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「有」としてください。「参加薬局」として登録を行うのみならず、「薬局ヒヤリ・ハット事例」の報告に努めてください。

| 項目名                   | 該当 |
|-----------------------|----|
| 01 副作用等に係る報告の実施件数     | 件  |
| 02 医療安全対策に係る事業への参加の有無 |    |

**(3) 情報開示の体制**

| 項目名                  | 該当 |
|----------------------|----|
| 調剤録、薬歴、レセプト等の情報開示を実施 |    |

**(4) 症例検討会議の開催の有無**

| 項目名   | 該当 |
|---|----|
| 薬歴、服薬指導等の実践に基づく服薬遵守の状況等の確認、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実施 |    |

**(5) 処方箋を応需した者の数 (患者数)**

※報告期日の前年1年間に、処方箋を応需した延べ患者数を記入してください。

| 項目名             | 人数 |
|-----------------|----|
| 処方箋を応需した者の数(概数) | 人  |

**(6) 在宅業務 (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、報告期日の前年1年間に、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を記載してください。

| 項目名                              | 件数 |
|----------------------------------|----|
| 在宅業務(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  |

**(7) 健康サポート薬局に係る研修を終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を記載してください。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終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 | 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年間に、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)に提供した回数を記載してください。

| 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  |

**(9) 患者満足度の調査**

※報告期日の前年1年間の実績を入力してください。

| 項目名             | 該当 |
|-----------------|----|
| 患者満足度調査の実施の有無   |    |
| 患者満足度調査結果の提供の有無 |    |

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正式名称ローマ字                       |     |     |
| 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<br>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<br>(    :    ~    :    )<br><input type="checkbox"/> 火曜日<br>(    :    ~    :    )<br><input type="checkbox"/> 水曜日<br>(    :    ~    :    )<br><input type="checkbox"/> 木曜日<br>(    :    ~    :    )<br><input type="checkbox"/> 金曜日<br>(    :    ~    :    )<br><input type="checkbox"/> 土曜日<br>(    :    ~    :    )<br><input type="checkbox"/> 日曜日<br>(    :    ~    :    ) | <input type="checkbox"/> 月曜日<br>(    :    ~    :    )<br><input type="checkbox"/> 火曜日<br>(    :    ~    :    )<br><input type="checkbox"/> 水曜日<br>(    :    ~    :    )<br><input type="checkbox"/> 木曜日<br>(    :    ~    :    )<br><input type="checkbox"/> 金曜日<br>(    :    ~    :    )<br><input type="checkbox"/> 土曜日<br>(    :    ~    :    )<br><input type="checkbox"/> 日曜日<br>(    :    ~    :    ) |
| (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<br><input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日<br><input type="checkbox"/> 日曜日  | <input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日<br><input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日<br><input type="checkbox"/> 日曜日  |



|                        |  |  |
|------------------------|--|--|
| ②決まった週に休業<br>(定期週)     | 第1<br><input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日<br><input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日<br><input type="checkbox"/> 日曜日   | 第1<br><input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日<br><input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日<br><input type="checkbox"/> 日曜日   |
|                        | 第2<br><input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日<br><input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日<br><input type="checkbox"/> 日曜日   | 第2<br><input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日<br><input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日<br><input type="checkbox"/> 日曜日   |
|                        | 第3<br><input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日<br><input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日<br><input type="checkbox"/> 日曜日   | 第3<br><input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日<br><input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日<br><input type="checkbox"/> 日曜日   |
|                        | 第4<br><input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日<br><input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日<br><input type="checkbox"/> 日曜日   | 第4<br><input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日<br><input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日<br><input type="checkbox"/> 日曜日   |
|                        | 第5<br><input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日<br><input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日<br><input type="checkbox"/> 日曜日   | 第5<br><input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日<br><input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日<br><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<br>(年末年始、お盆等) |  |  |
| (9) 開店時間外の対応           |  |  |
| ①開店時間外の対応<br>(複数選択可)   | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否  | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否  |
|                        | <b>【対応時間・対応方法等】</b><br><input type="checkbox"/> 24時間対応<br><input type="checkbox"/> 地域輪番制に参加<br><input type="checkbox"/> 時間外の連絡先を店頭に掲示<br><input type="checkbox"/> 時間外の連絡先を薬袋等に表示<br><input type="checkbox"/> 時間外の連絡先を留守番電話で告知<br><input type="checkbox"/> 時間外の連絡先へ転送 | <b>【対応時間・対応方法等】</b><br><input type="checkbox"/> 24時間対応<br><input type="checkbox"/> 地域輪番制に参加<br><input type="checkbox"/> 時間外の連絡先を店頭に掲示<br><input type="checkbox"/> 時間外の連絡先を薬袋等に表示<br><input type="checkbox"/> 時間外の連絡先を留守番電話で告知<br><input type="checkbox"/> 時間外の連絡先へ転送 |
| (10) 健康サポート薬局である旨の表示   |  |  |
| ①健康サポート薬局<br>である旨の表示   | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  |
| (11) 薬剤師不在時間の有無        |  |  |
| ①薬剤師不在時間の<br>有無        | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  |

| 項目                   | 変更前   | 変更後   |
|----------------------|-------|-------|
| 4 薬局サービス等            |       |       |
| (1) 相談への対応           |       |       |
| -----<br>i) 開店時間外の相談 |       |       |
| 時間外の<br>対応可能時間       | : ~ : | : ~ : |

※ 変更した事項のみ記載してください。

※ 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。

## 静岡県における薬局機能情報報告・公表事項

|                      |                          |                             |                     |                         |
|----------------------|--------------------------|-----------------------------|---------------------|-------------------------|
| <b>1 連絡担当者*</b>      |                          |                             |                     |                         |
| <b>2 基本情報等</b>       |                          |                             |                     |                         |
| (1)                  | 薬局許可情報*                  |                             |                     |                         |
| (2)                  | 薬局の名称                    |                             |                     |                         |
| (3)                  | 薬局の開設者                   |                             |                     |                         |
| (4)                  | 薬局の管理者                   |                             |                     |                         |
| (5)                  | 薬局の所在地                   |                             |                     |                         |
| (6)                  | 薬局の案内用の電話番号及びFAX番号       |                             |                     |                         |
| (7)                  | 営業日・開店時間                 |                             |                     |                         |
| (8)                  | 休業日                      |                             |                     |                         |
| (9)                  | 開店時間外の対応                 |                             |                     |                         |
| (10)                 | 健康サポート薬局である旨の表示          |                             |                     |                         |
| (11)                 | 薬剤師不在時間の有無               |                             |                     |                         |
| (12)                 | 薬局からのお知らせ                |                             |                     |                         |
| <b>3 薬局へのアクセス</b>    |                          |                             |                     |                         |
| (1)                  | 薬局までの主な利用交通手段            |                             |                     |                         |
| (2)                  | 薬局の駐車場                   |                             |                     |                         |
| (3)                  | 案内用ホームページアドレス            |                             |                     |                         |
| (4)                  | 案内用電子メールアドレス             |                             |                     |                         |
| <b>4 薬局サービス等</b>     |                          |                             |                     |                         |
| (1)                  | 相談への対応                   |                             |                     |                         |
| (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         |                             |                     |                         |
| <b>5 費用負担等</b>       |                          |                             |                     |                         |
| (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      |                             |                     |                         |
| <b>6 業務内容、提供サービス</b> |                          |                             |                     |                         |
| (1)                  | 認定薬剤師の種類及び人数             |                             |                     |                         |
| (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 |                             |                     |                         |
| (3)                  | 健康サポート薬局である旨の表示（再掲）      | その各機能：<br>かかりつけ薬剤師・薬局としての機能 | ア                   | かかりつけ薬剤師を選択できる業務運営体制の整備 |
|                      |                          |                             | イ                   | 懇切丁寧な服薬指導及び副作用等の状況把握    |
|                      |                          |                             | ウ                   | かかりつけ医と連携した受診勧奨の取組      |
|                      | その各機能：<br>健康サポート薬局としての機能 | ア                           | 地域における連携体制の構築       |                         |
|                      |                          | イ                           | 個人情報に配慮した相談窓口の設置    |                         |
|                      |                          | ウ                           | 要指導医薬品又は一般用医薬品の取扱い  |                         |
|                      |                          | エ                           | 要指導医薬品の品目数(概数)      |                         |
|                      |                          | オ                           | 一般用医薬品の品目数(概数)      |                         |
|                      |                          | カ                           | 介護用品等の取扱い           |                         |
|                      |                          | キ                           | 適切な開店時間の設定          |                         |
|                      | ク                        | 健康サポートの支援の取組                |                     |                         |
|                      | 業務内容                     | ア                           | 無菌調剤(地方厚生局届出施設)     |                         |
|                      |                          | イ                           | 無菌調剤(共同利用)          |                         |
|                      |                          | ウ                           | 輸液又は経管栄養剤への対応       |                         |
|                      |                          | エ                           | 一包化調剤               |                         |
|                      |                          | オ                           | 麻薬調剤(免許取得かつ調剤可能な施設) |                         |
|                      |                          | カ                           | 浸煎薬及び湯薬の調剤          |                         |
| キ                    |                          | 薬局製剤(承認・許可取得施設)             |                     |                         |
| ク                    | 在宅患者への対応(地方厚生局届出施設)      |                             |                     |                         |
| ケ                    | 薬剤服用歴管理の実施の有無            |                             |                     |                         |
| コ                    | 電子版薬剤服用歴管理システムへの対応       |                             |                     |                         |

|                       |  |                                    |  |                                    |
|-----------------------|--|------------------------------------|--|------------------------------------|
|                       |  |                                    | サ  | 薬剤情報を記載するための手帳の交付（お薬手帳の交付）         |
|                       |  |                                    | シ  | 電子版お薬手帳の提供                         |
|                       |  | 各種取扱い                              | ア  | 医療材料（カテーテル等）の取扱いの有無                |
|                       |  |                                    | イ  | 衛生材料（ガーゼ、サージカルテープ等）の取扱いの有無         |
|                       |  |                                    | ウ  | 自己注射の注射針の回収                        |
|                       |  |                                    | エ  | 特定販売（インターネット等による販売）の実施             |
|                       |  |                                    | オ  | インターネット販売を行っている場合、販売サイトのURL        |
|                       |  |                                    | カ  | 高度管理医療機器等販売業・貸与業の許可の有無             |
|                       |  |                                    | キ  | 許可年月日                              |
|                       |  |                                    | ク  | 許可番号                               |
|                       |  |                                    | ケ  | 取り扱っている機器の種類                       |
| (4)                   | 地域医療連携体制   | 医療連携の有無<br>（例：地域における<br>プレアボイドの取組） | ア  | 地域におけるプレアボイドの把握・収集に関する取組の有無        |
|                       |  |                                    | イ  | 地域におけるプロトコルに基づいた薬物治療管理（PBPM）の取組の有無 |
|                       |  |                                    | ウ  | 他に行っている医療連携の取組                     |
|                       |  |                                    | 地域医療情報連携ネットワークへの参加の有無                    |                                    |
|                       |  |                                    | 退院時の情報を共有する体制の有無                         |                                    |
|                       |  |                                    | 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                |                                    |
|                       | 地域住民への啓発活動への参加の有無  | ア                                  | 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 |                                    |
| イ                     |  | 学校教育等の啓発活動                         |  |                                    |
| (5)                   | 疾病又は事業   | がん                                 |  | 在宅緩和ケア                             |
| <b>7 実績、結果等に関する事項</b> |  |                                    |  |                                    |
| (1)                   | 薬局の薬剤師数（常勤換算）  |                                    |  |                                    |
| (2)                   | 医療安全対策の実施  |                                    | ア  | 副作用等に係る報告の実施件数                     |
|                       |  |                                    | イ  | 医療安全対策に係る事業への参加の有無                 |
| (3)                   | 情報開示の体制  |                                    |  |                                    |
| (4)                   | 症例検討会議の開催の有無   |                                    |  |                                    |
| (5)                   | 処方箋を応需した者の数（患者数）   |                                    |  |                                    |
| (6)                   | 在宅業務（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   |                                    |  |                                    |
| (7)                   | 健康サポート薬局に係る研修を終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 |                                    |  |                                    |
| (8)                   | 患者の服薬状況等を医療機関に提供した回数   |                                    |  |                                    |
| (9)                   | 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

## 薬局機能情報報告記載要領

### I 報告の記載方法等

#### 1 報告の記載

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、翌年1月31日までに報告してください。

#### 5 報告書の提出先

インターネットで報告する場合は、医療ネットしずおかトップページの関係者ログインボタンからログインし、機関情報登録ボタンから報告してください。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が、これらの情報は県民向けには非公表となります。

#### 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『へボン式ローマ字一覧』を参照して、ローマ字（へボン式）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) 薬局の開設者

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<br>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<br>西館5階      | 9-6-5F, Otemachi, Aoi-Ku, Shizuoka-City |
| 藤枝市瀬戸新屋362-1<br>藤スーパー2階   | 362-1-2F, Setoaraya, Fujieda-City       |

(6) 薬局の案内用の電話番号及び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 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

③ 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

(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☑を入れ、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到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☑を入れてください。

また、祝日に休業する場合は、「祝日に休業」の欄に☑を入れてください。

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) 開店時間外の対応

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、01から07の該当する項目欄に☑を入れてください。

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。

(10) 健康サポート薬局である旨の表示の有無

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☑を入れてください。

(11) 薬剤師不在時間の有無

薬剤師不在時間の有無は、あらかじめ、管轄保健所に届出を行っている場合に☑を入れてください。

(12) 薬局からのお知らせ

薬局からのお知らせ、イベント情報等があれば記載してください。

### 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"><li>・ JR静岡駅南口、徒歩10分</li><li>・ 〇〇バス県庁前停留所、徒歩1分</li><li>・ 沼津市役所、徒歩3分</li></ul> |
|--|

(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☑を入れ、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利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) 相談への対応

開店時間外に相談対応できる場合は、「対応の可否」欄に☑を入れ、「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、薬に関する相談（服薬相談）からドーピング防止の相談までの事項を実施している場合は、各相談の可否の欄に☑を入れ、対応可能な項目1つ以上の「該当」欄に☑を入れてください。その他の相談を実施している場合は具体的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☑を入れてください。

② 視覚障害者に対するサービスの01から05の該当する項目全ての「該当」欄に☑を入れてください。

(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☑を入れてください。

車椅子での来局が可能な場合、スロープの設置等、01から07の該当する項目全ての「該当」欄に☑を入れてください。

(4) 受動喫煙を防止するための措置

該当する項目に☑を入れてください。

(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☑を入れてください。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。対応できない曜日や時間等がある場合や、事前に連絡が必要な場合は「特記事項」欄に記入してください。

#### 5 費用負担等

(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☑を入れてください。

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☑を入れてください。平成21年1月15日付け静岡県厚生部薬事室長事務連絡のとおり、項目03、12、13については薬局が指定を受けるものではないため、☑の記入は不要です。



- (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☑を入れてください。  
 また、取扱いのあるクレジットカードの種類「該当」欄に☑を入れてください。

## 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、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）及び薬剤師の人数を記載してください。

例：〇〇認定薬剤師/認定団体名×××（CPC）

### (2) 健康サポート薬局にかか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かかる研修を修了した薬剤師の人数（常勤・非常勤にかかわらず実数）を記載してください。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めないでください。

### (3) 薬局の業務内容

#### ① 健康サポート薬局である旨の表示

インターネットによる報告においては、2の基本情報等の(10)に連動して自動でチェックが入ります。書面（様式第2号）による報告においては本項目はありません。

#### ② その各機能

##### ア かかりつけ薬剤師・薬局としての機能

次の条件に適合する場合は、01から03の該当する項目全ての「該当」欄に☑を入れてください。健康サポート薬局の届出を行っていない場合も記載してください。健康サポート薬局の届出を行った薬局は、全ての項目に記載してください。

|    | 項目                      | 条件   |
|----|-------------------------|--|
| 01 | かかりつけ薬剤師を選択できる業務運営体制の整備 | 当該薬局に従事する薬剤師の勤務表を掲示する等、かかりつけ薬剤師の勤務状況を容易に把握できる体制を整備している。患者に対して薬剤に関する情報提供及び指導等を一元的かつ継続的に行っている。 |
| 02 | 懇切丁寧な服薬指導及び副作用等の状況把握    | 残薬の状況確認を行い、その解消に取り組んでいる。毎回、服薬状況や体調の変化を確認し、患者の理解度に応じて情報提供及び指導を実施している。                         |
| 03 | かかりつけ医と連携した受診勧奨の取組      | 要指導医薬品等に関する相談及び健康の保持増進に関する相談を受けた際に、かかりつけ医と連携して相談に対応し、受診勧奨を適切に実施している。                         |

イ 健康サポート薬局としての機能

次の条件に適合する場合は、01から03、06から08の該当する項目全ての「該当」欄に☑を入れてください。04及び05については取扱い品目の概数を、08には具体的な取組の内容を記載してください。健康サポート薬局の届出を行っていない場合も記載してください。健康サポート薬局の届出を行った薬局は、全ての項目に記載してください。

|    | 項目                 | 条件  |
|----|--------------------|---|
| 01 | 地域における連携体制の構築      | 医療機関や市町の相談窓口、地域包括支援センター等その他連携機関に対し、あらかじめ薬局の取組内容や紹介を行う旨を説明し了解を得る等、連携体制の構築を図っている。紹介先のリストを作成し、連携機関からの求めに応じてリストを共有している。紹介を行う際に、必要な情報を紹介先の機関に紹介文書により提供している。地域の薬剤師会と連携し、行政機関及び医師会等が実施又は協力する健康の保持増進事業等へ積極的に参加している。 |
| 02 | 個人情報に配慮した相談窓口の設置   | パーテーションで区切るなどして、個人情報に配慮した相談窓口を設置している。   |
| 03 | 要指導医薬品又は一般用医薬品の取扱い | 薬局利用者自らが適切に選択できるよう供給機能及び助言を行う体制を有している。  |
| 04 | 要指導医薬品の品目数(概数)     |   |
| 05 | 一般用医薬品の品目数(概数)     |   |
| 06 | 介護用品等の取扱い          | 薬局利用者自らが適切に選択できるよう供給機能及び助言を行う体制を有している。  |
| 07 | 適切な開店時間の設定         | 地域の実情に応じて、平日の営業日には連続して開局し、かつ、土曜日又は日曜日のいずれかの曜日には4時間以上開局している。   |
| 08 | 健康サポートの支援の取組       | 薬剤師による相談会や多職種と連携した疾病予防教室等を月1回程度開催している。また、その取組を地域の薬剤師会等を通じて発信している。国、地方自治体、関連学会等が作成する健康の保持増進に関するポスターの掲示やパンフレットの配布により、啓発活動に協力している。   |

③ 業務内容

次の条件に適合する場合は、01から12の該当する項目全ての「該当」欄に☑を入れてください。

|    | 項目                         | 条件  |
|----|----------------------------|---|
| 01 | 無菌調剤<br>(地方厚生局届出施設)        | 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地方厚生局に届け出ている。   |
| 02 | 無菌調剤 (共同利用)                | 無菌調剤室提供薬局の無菌調剤室の共同利用を行うことにより無菌製剤処理を要する医薬品を調剤することができる。   |
| 03 | 輸液又は経管栄養剤への対応              | 輸液又は経管栄養剤の調剤が可能である。   |
| 04 | 一包化調剤                      | 一包化調剤が可能である。  |
| 05 | 麻薬調剤(免許取得かつ調剤可能な施設)        | 麻薬小売業者免許を有し、麻薬調剤が可能である。   |
| 06 | 浸煎薬及び湯薬の調剤                 | 生薬(漢方を含む。)の浸煎薬・湯薬の調剤が可能である。   |
| 07 | 薬局製剤<br>(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。   |
| 08 | 在宅患者への対応<br>(地方厚生局届出施設)    | 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地方厚生局に届け出ている。対応実績は、7実績、結果等に関する事項の(6)在宅業務の実施件数に入力してください。          |
| 09 | 薬剤服用歴管理の実施の有無              | 患者の薬剤服用歴を管理している。  |
| 10 | 電子版薬剤服用歴管理システムへの対応         | 薬歴の管理について電子化を実施している。  |
| 11 | 薬剤情報を記載するための手帳の交付(お薬手帳の交付) | お薬手帳の交付及び当該手帳への記載を行っている。  |
| 12 | 電子版お薬手帳の提供                 | 平成27年11月27日付け薬生総発1127第4号厚生労働省医薬・生活衛生局総務課長通知「お薬手帳(電子版)の運用上の留意事項について」の「第2 提供薬局等が留意すべき事項」及び「第3 運営事業者等が留意すべき事項」を遵守した電子版お薬手帳を提供している。 |

④ 各種取扱い

ア 医療材料(カテーテル等)の取扱いの有無

カテーテル等の医療材料の取扱いがある場合は、☑を入れてください。

イ 衛生材料(ガーゼ、サージカルテープ等)の取扱いの有無

ガーゼ、サージカルテープ等の衛生材料の取扱いがある場合は、☑を入れてください。

ウ 自己注射の注射針の回収

注射針の回収を行っている場合は、☑を入れてください。

エ 特定販売(インターネット等による販売)の実施

特定販売を行っている場合は、☑を入れてください。

オ インターネット販売を行っている場合、販売サイトのURL

特定販売を行っている場合は、URLを記載してください。

カ 高度管理医療機器等販売業・貸与業の許可の有無

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☑を入れてください。

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もので非公表となります。

(4) 地域医療連携体制

① 医療連携の有無（例：地域におけるプレアボイドの取組）

ア 地域におけるプレアボイドの把握・収集に関する取組の有無

患者の不利益（副作用、相互作用、治療効果不十分など）を回避あるいは軽減した事例を収集し、医療機関等の関係者と連携して共有する取組に参加し、事例の提供を行っている場合は☑を入れてください。7の(2)医療安全対策の実施において薬局医療安全対策推進事業におけるヒヤリ・ハット事業の「参加薬局」として登録を行うだけでなく、報告期日の前年1年間に疑義照会により処方変更がなされた結果、患者の健康被害や医師の意図した薬効が得られないことを防止するに至った事例を報告した場合も☑を入れて差し支えありません。

イ 地域におけるプロトコルに基づいた薬物治療管理（P B P M※）の取組の有無

地域でP B P Mを導入することにより、薬物療法の適正化や患者の利便性の向上を達成する取組を実施している場合は☑を入れてください。

※P B P M（Protocol Based Pharmacotherapy Management）：薬剤師に認められている業務の中で、医師と合意したプロトコルに従って薬剤師が主体的に実施する業務を行うこと。

ウ その他の医療連携の取組（地位の医療機関等が連携した薬剤の使用に関するフォーミュラリーを導入する取組等）を実施している場合は、具体的に記載してください。

② 地域医療情報連携ネットワークへの参加の有無

シズケア\*かけはし（静岡県在宅医療・介護連携情報システム）への参加等、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☑を入れてください。

③ 退院時の情報を共有する体制の有無

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☑を入れてください。

④ 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

薬局の利用者からの健康に関する相談に適切に対応し、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提供する体制がある場合は☑を入れてください。

⑤ 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、地方公共団体や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☑を入れてください。

(5) 疾病又は事業（在宅緩和ケア）

医療用麻薬の提供が可能であって、在宅訪問の対応が可能、休日・時間外の対応が可能な場合は「該当」欄に☑を入れてください。該当の薬局については、県ホームページ内の保健医療計画のページに名称を掲載します。

## 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) 医療安全対策の実施

#### ① 副作用等に係る報告の実施件数

報告期日の前年1年間（1月1日から12月31日まで）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記載してください。

#### 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を入れてください。

なお、「参加薬局」として登録を行うのみならず、「薬局ヒヤリ・ハット事例」の報告に努めてください

### (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入れてください。

### (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実施している場合はを入れてください。

### (5) 処方箋を応需した者の数

報告期日の前年1年間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) 在宅業務（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を記載してください。

### (7) 健康サポート薬局に係る研修を終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を記載してください。

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。

### (8) 患者の服薬状況等を医療機関に提供した回数

服薬情報提供料の算定にかかわらず、報告期日の前年1年間に、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）に提供した回数を記載してください。

(9) 患者満足度の調査

報告期日の前年1年間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「患者満足度の調査の実施の有無」欄に☑を入れてください。

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「患者満足度の調査結果の提供の有無」欄に☑を入れてください。

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-<br>221-2412 | 〒420-8601<br>静岡市葵区追手町9-6   | 県下                                    |
| 賀茂保健所<br>(衛生薬務課)  | 0558-<br>24-2057 | 〒415-0016<br>下田市中531-1     | 下田市、東伊豆町、河津町、<br>南伊豆町                 |
| 松崎保健支援室           | 0558-<br>42-0262 | 〒410-3624<br>賀茂郡松崎町江奈255-3 | 松崎町、西伊豆町                              |
| 熱海保健所<br>(衛生薬務課)  | 0557-<br>82-9115 | 〒413-0016<br>熱海市水口町13-15   | 熱海市、伊東市                               |
| 東部保健所<br>(衛生薬務課)  | 055-<br>920-2107 | 〒410-8543<br>沼津市高島本町1-3    | 沼津市、三島市、裾野市、<br>伊豆の国市、清水町、長泉町、<br>函南町 |
| 修善寺支所             | 0558-<br>72-2310 | 〒410-2413<br>伊豆市小立野66-1    | 伊豆市                                   |
| 御殿場保健所<br>(衛生薬務課) | 0550-<br>82-1223 | 〒412-0039<br>御殿場市かまど1113   | 御殿場市、小山町                              |
| 富士保健所<br>(衛生薬務課)  | 0545-<br>65-2153 | 〒416-0906<br>富士市本市場441-1   | 富士市、富士宮市                              |
| 中部保健所<br>(衛生薬務課)  | 054-<br>644-9289 | 〒426-8664<br>藤枝市瀬戸新屋362-1  | 焼津市、藤枝市、島田市、<br>川根本町                  |
| 榛原分庁舎             | 0548-<br>22-1151 | 〒421-0422<br>牧之原市静波447-1   | 牧之原市、吉田町                              |
| 西部保健所<br>(衛生薬務課)  | 0538-<br>37-2247 | 〒438-8622<br>磐田市見付3599-4   | 磐田市、袋井市、森町                            |
| 掛川支所              | 0537-<br>22-3262 | 〒436-0073<br>掛川市金城93       | 掛川市、御前崎市、菊川市                          |
| 浜名分庁舎             | 053-<br>594-3661 | 〒431-0302<br>湖西市新居町新居3447  | 湖西市                                   |
| 静岡市保健所<br>(生活衛生課) | 054-<br>249-3158 | 〒420-0846<br>静岡市葵区城東町24-1  | 葵区、駿河区                                |
| 清水支所              | 054-<br>354-2214 | 〒424-0822<br>静岡市清水区旭町6-8   | 清水区                                   |
| 浜松市保健所<br>(保健総務課) | 053-<br>453-6135 | 〒432-8550<br>浜松市中区鴨江2-11-2 | 中区、東区、南区、西区                           |
| 浜北支所              | 053-<br>585-1172 | 〒434-8850<br>浜松市浜北区貴布祢3000 | 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 |





別紙

必要事項を記入し、静岡県薬事課あてに FAX (054-221-2199) にてお問合せください。  
内容を確認後、FAX にて「医療ネットしずおか」ログイン・パスワード設定票を返信  
しますので、FAX 番号は確実に記載してください。

平成 年 月 日

|                  |  |
|------------------|--|
| 薬局担当者名<br>(記入者名) |  |
|------------------|--|

### 薬局機能情報機関コード・パスワード確認票

以下のとおり薬局機能情報機関コード・パスワードの確認を依頼します。

|             |  |        |  |
|-------------|--|--------|--|
| 薬局の名称       |  |        |  |
| 薬局の所在地      |  |        |  |
| 許可番号        |  | 許可年月日  |  |
| 薬局開設者名      |  |        |  |
| 電話番号        |  | FAX 番号 |  |
| 確認依頼<br>の理由 |  |        |  |

問合せ先 静岡県健康福祉部生活衛生局薬事課  
電話番号 054-221-2412、FAX 番号 054-221-2199

----- < 薬事課記載欄 > -----

| 対応日 | 対応内容          | 担当者 | 確認者 |
|-----|---------------|-----|-----|
|     | 1 パスワード設定票を返信 |     |     |
|     | 2 その他 ( )     |     |     |