

【目次】

項 目	
1 連絡担当者	1
第1 管理、運営、サービス等に関する事項	
1 基本情報	
(1) 薬局の名称	1
(2) 薬局開設者	2
(3) 薬局の管理者	2
(4) 薬局の所在地	2
(5) 電話番号およびファクシミリ番号	2
(6) 営業日および営業時間	3
2 薬局へのアクセス	
(1) 薬局までの主な利用交通手段	5
(2) 薬局の駐車場	5
(3) ホームページアドレス	5
(4) 電子メールアドレス	5
3 薬局サービス	
(1) 相談への対応の可否	6
(2) 対応することができる外国語の種類	7
(3) 障害者に対する配慮	8
(4) 車椅子の利用者に対する配慮	8
(5) 受動喫煙を防止するための措置	8
4 費用負担等	
(1) 医療保険の取扱い	9
(2) 公費負担等の取扱い	9
(3) クレジットカードによる料金の支払いの可否	9
第2 提供サービスや地域連携体制に関する事項	
1 業務内容、提供サービス	
(1) 認定薬剤師の種類及び人数	10
(2) 薬局の業務内容	10
(3) 地域医療連携体制	10
2 実績、結果等に関する事項	
(1) 薬局の薬剤師数	11
(2) 医療安全対策	11
(3) 情報開示の体制	11
(4) 症例を検討するための会議等の開催の有無	11
(5) 処方せんを応需した者（患者数）	11
(6) 患者満足度調査の実施	11

背景が の項目に関しては、厚生労働省が指定している報告項目です。

【連絡担当者】

本報告票の記入内容に関して、お問い合わせをさせていただき担当者を記入してください。

記入日	平成		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									

第1 管理、運営、サービス等に関する事項

【1 基本情報】

(1) 薬局の名称

貴局の正式名称を記入してください。

正式名称フリガナ (薬事法許可正式名称)									
正式名称 (薬事法許可正式名称)									
英語表記(ローマ字表記)									

(英語表記記入例)

- ・ 薬局 MaruMaru Pharmacy

(ローマ字表記記入例)

- ・ 薬局 MaruMaru Yakkyoku

(2) 薬局開設者 (法人の場合は、法人の名称)

開設者名(フリガナ)																				
開設者名																				

(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

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																					
英語表記																					

ビル名、号室等まで正確に記入してください。

(英語表記記入例)

・ 市 町1-2-3 ビル5階 Marumaru Bldg.5F 1-2-3 marumaru-town marumaru-city
データベース管理の都合上、所在地の「字(あざ)」表記は省略して登録いたします。

(5) 電話番号およびファクシミリ番号

住民へ案内する薬局の電話番号・ファクシミリ番号を記入してください。(代表電話番号、受付電話番号等)

営業日の営業時間内

1. 電話番号						-														
2. ファクシミリ番号						-														

営業時間外

夜間・休日の住民案内用電話番号がある場合は、以下に番号を記入してください。

3. 電話番号						-														
---------	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

夜間・休日の住民案内用FAX番号がある場合は、以下に番号を記入してください。

4. ファクシミリ番号						-														
-------------	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(6) 営業日および営業時間

ここでは、処方せんを応需する営業日および営業時間を指します

1. 営業日・営業時間

基本となる営業時間帯を24時間表記で記入してください。
 営業日である場合、基本となる営業時間どおりであれば「 」を記入し、異なる営業時間であればその時間帯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～金曜	処方せんを応需する営業時間	10 時	～	12 時
	処方せんを応需する営業時間	13 時	～	20 時
土曜	処方せんを応需する営業時間	10 時	～	19 時
日曜・祝日	処方せんの応需はしていない			
不定休あり				

の場合

基本となる 営業時間	時間帯 1	10 時 00 分	～	12 時 00 分	まで
	時間帯 2	13 時 00 分	～	20 時 00 分	まで
	時間帯 3	時 分	～	時 分	まで

	月	火	水	木	金	土	日
時間帯 1			10:00～19:00				
時間帯 2							
時間帯 3							

来局特記事項

不	定	休	あ	り									
---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

基本となる 営業時間	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

処方せんを応需する営業時間帯を記入してください

	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				

来局特記事項

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. 休業日

処方せんを応需していない日について、該当する項目に「 」を記入してください。

処方せんを応需していない曜日に「 」を記入してください。「 」を記入した曜日について『1-(6)1. 営業日・営業時間』で該当の曜日に記入がある場合、その曜日の営業時間帯は登録されませんので、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

処方せんを応需していない週、曜日に「 」を記入してください。

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

定期週の考え方

月	火	水	木	金	土	日
					1	2
					第1	
3						
	第1					第2
10						
	第2					第3
17						
	第3					第4
24						
	第4					第5
31						
第5						

祝日に処方せんを応需していない場合、「 」を記入してください。

祝日に休業	
-------	--

年末年始、お盆等、処方せんを応需しない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

3. 営業時間外の対応

以下の項目で処方せん応需の対応に該当するものがあれば、「該当」欄に「 」を記入してください。

特記事項がある場合は、P3(6)1.の来局特記事項欄に記入してください。

項目	該当	項目	該当
01 24時間対応		02 夜間・休日営業の地域輪番	

【2 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 方へ徒歩 分」「バス バス停より 方へ徒歩 分、 通り 公園前」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 (契約駐車場も含む)		有料 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 台	無料 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 台
特記事項(有料の場合の料金など)			

(3) 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もの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。

薬局の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。																	

(4) 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、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記入しないでください。

薬局の電子メールアドレス																			
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

【 3 薬局サービス】

実施しているものについて、該当欄に「」を記入してください。

(1) 相談への対応の可否**1. 一般用医薬品の服用等の相談**

一般用医薬品の服用等の相談対応の可否					
項目名		該当	項目名		該当
01	一般用医薬品の相談		04	誤飲・誤食による中毒相談	
02	漢方相談		05	その他 (6. その他備考欄に記入)	
03	公衆衛生相談 (ぎょう虫、しらみ駆除、疥癬など)				

2. 介護等の相談

介護等の相談対応の可否					
項目名		該当	項目名		該当
01	介護用品の相談		04	介護保険関連事業所等の紹介	
02	介護用食品の相談		05	その他 (6. その他備考欄に記入)	
03	ストマ装具の相談				

3. 育児の相談

育児の相談対応の可否					
項目名		該当	項目名		該当
01	ベビーフード、粉ミルクの相談		03	その他 (6. その他備考欄に記入)	
02	ベビー用衛生用品 (紙おむつ等) の相談				

4. 生活習慣病の相談

生活習慣病の相談対応の可否					
項目名		該当	項目名		該当
01	特定保健用食品の相談		06	血圧測定器の相談	
02	各種疾病用食品の相談		07	栄養相談	
03	各種検査薬の相談		08	健康食品の相談	
04	自己血糖測定器の相談		09	その他 (6. その他備考欄に記入)	
05	体脂肪測定器の相談				

5. 禁煙の相談

禁煙の相談対応の可否		
------------	--	--

6. その他備考

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(2) 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4	母国語並み
レベル3	日常会話程度
レベル2	片言
レベル1	対応不可

言語		対応レベル			
01	英語	レベル4	レベル3	レベル2	レベル1
02	中国語	レベル4	レベル3	レベル2	レベル1
03	韓国語	レベル4	レベル3	レベル2	レベル1
04	ロシア語	レベル4	レベル3	レベル2	レベル1
05	タガログ語	レベル4	レベル3	レベル2	レベル1

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4	レベル3	レベル2
	レベル4	レベル3	レベル2
	レベル4	レベル3	レベル2
	レベル4	レベル3	レベル2
	レベル4	レベル3	レベル2

特記事項

事前に連絡が必要である等、対応に条件がある場合は記入してください。

(3) 障害者に対する配慮

1. 聴覚障害者に対するサービス

項目名	該当	項目名	該当
01 手話による服薬指導や相談が可能(事前連絡要)		03 画面表示	
02 手話による服薬指導や相談が可能(事前連絡不要)		04 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

項目名	該当	項目名	該当
01 薬袋への点字表示が可能		04 音声案内	
02 薬剤への点字表示が可能		05 お薬服用識別シールでの対応が可能	
03 服薬指導用文書への点字表示が可能		06 点状ブロックの設置	

(4) 車椅子の利用者に対する配慮

車椅子利用の適否	
----------	--

車椅子利用を不適とする場合は、その理由を記入してください。

対応状況

項目名	該当	項目名	該当
01 スロープの設置		04 車椅子利用者用駐車場完備	
02 手すりの設置		05 昇降機の設置	
03 車椅子対応トイレの設置		06 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」への適合(バリアフリー)	

(5) 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)			

【 4 費用負担等】

(1) 医療保険の取扱い

保険薬局の指定の有無	
------------	--

(2) 公費負担等の取扱い

項目名	該当	項目名	該当
01 生活保護法に基づく指定		06 労働者災害補償保険法に基づく指定（労災医療）	
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）		07 戦傷病者特別援護法に基づく指定	
03 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（原爆医療）		08 母子保健法に基づく指定	
04 障害者自立支援法に基づく指定（精神通院医療）		09 公害健康被害の補償等に関する法律に基づく指定（公害医療）	
05 障害者自立支援法に基づく指定（育成医療・更正医療）			

(3) 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」に「」を記入してください

項目名	該当	項目名	該当
01 処方せん調剤に関する支払い		02 一般薬その他に関する支払い	

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

第2 提供サービスや地域連携体制に関する事項

【1 業務内容、提供サービス】

(1) 認定薬剤師の種類及び人数

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。

認定薬剤師の種類	認定薬剤師の人数(人)			
(財)日本薬剤師研修センターによる研修認定薬剤師				人
(財)日本薬剤師研修センターによる漢方薬・生薬認定薬剤師				人
日本医療薬学会による認定薬剤師				人
その他の認定薬剤師				人
				人

(2) 薬局の業務内容

以下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。

項目	該当
01 無菌製剤処理に係る調剤の実施の可否	
02 一包化薬に係る調剤の実施の可否	
03 麻薬に係る調剤の実施の可否	
04 浸煎薬及び湯薬に係る調剤の実施の可否	
05 薬局製剤実施の可否	
06 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	
07 薬剤服用歴管理の実施の有無	
08 薬剤情報を記載するための手帳(いわゆる「お薬手帳」)の交付の可否	

(3) 地域医療連携体制

1. 医療連携の有無

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「地域医療連携体制の有無」に「 」を記入してください。

地域医療連携体制の有無	
-------------	--

2. 地域住民に対する啓発活動への参加

地域住民へ啓発活動に参加している場合は、「地域住民に対する啓発活動への参加」欄に「 」を記入してください。

地域住民に対する啓発活動への参加	
------------------	--

【2 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

薬事に関する実務に従事する薬剤師数を記入してください。

薬剤師数の算出方法

以下の算出方法によって計算し、小数点以下は切り捨ててください。

常勤薬剤師（原則として薬局で定めた就業規則に基づく薬剤師の勤務時間（以下「薬局で定める勤務時間」という。）の全てを勤務する者であるが、1週間の薬局で定める勤務時間が32時間未満の場合は32時間以上勤務している者を常勤とする）を1とする。

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する。ただし、1週間の薬局で定める勤務時間が32時間未満と定められている場合は、換算する分母は32時間とする。

薬剤師数						人
------	--	--	--	--	--	---

(2) 医療安全対策

医薬品の使用に係る安全な管理のための責任者の配置の有無	
-----------------------------	--

(3) 情報開示の体制

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

症例を検討するための会議等の開催の有無	
---------------------	--

(5) 処方せんに応需した者（以下「患者」という。）

薬事法施行令第2条の規定に基づく前年の取扱処方せん数をもって、延べ患者数の概数としてください。（小数点以下切り捨て）

延べ患者数								人
開局から一年未満								

(6) 患者満足度調査の実施

患者満足度の調査の実施の有無（過去一年以内）	
患者満足度の調査結果の提供の有無	