

改正案

様式第6号(第5条関係)

薬局機能情報報告書

年 月 日

福岡県知事 殿

郵便番号(〒 —)

フリガナ

住 所(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

フリガナ

氏 名(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

電話番号 () —

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 項の規定に基づき、下記のとおり薬局に関する情報を報告します。

記

報 告 区 分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 定期報告(年1回) *該当するものにレをつけてください。(以下同様)
---------	--

1 管理、運営、サービス等に関する事項

(1) 基本情報

基本情報等の変更項目 (変更の場合)	<input type="checkbox"/> 薬局の名称 <input type="checkbox"/> 電話番号及びファクシミリ番号 <input type="checkbox"/> 薬局開設者 <input type="checkbox"/> 営業日 <input type="checkbox"/> 薬局の管理者 <input type="checkbox"/> 開店時間 <input type="checkbox"/> 薬局の所在地 <input type="checkbox"/> 開店時間外で相談できる時間 <input type="checkbox"/> 地域連携薬局の認定の有無 <input type="checkbox"/> 専門医療機関連携薬局の認定の有無及び認定を受けた傷病の区分 <input type="checkbox"/> 健康サポート薬局である旨の表示 <input type="checkbox"/> 薬剤師不在時間の有無
許 可 番 号	
薬 局 の 名 称	名 称
	フリガナ
	ローマ字表記
薬 局 開 設 者 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)	法人の名称
	フリガナ
	氏 名
薬 局 の 管 理 者 (管理薬剤師)	フリガナ
	氏 名
	フリガナ

現行

様式第6号(第5条関係)

薬局機能情報報告書

年 月 日

福岡県知事 殿

郵便番号(〒 —)

フリガナ

住 所(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

フリガナ

氏 名(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

電話番号 () —

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 項の規定に基づき、下記のとおり薬局に関する情報を報告します。

記

報 告 区 分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 定期報告(年1回) *該当するものにレをつけてください。(以下同様)
---------	--

1 管理・運営・サービス等に関する事項

(1) 基本情報

基本情報等の変更項目 (変更の場合)	<input type="checkbox"/> 薬局の名称 <input type="checkbox"/> 電話番号及びファクシミリ番号 <input type="checkbox"/> 薬局開設者 <input type="checkbox"/> 営業日 <input type="checkbox"/> 薬局の管理者 <input type="checkbox"/> 開店時間 <input type="checkbox"/> 薬局の所在地 <input type="checkbox"/> 開店時間外で相談できる時間 <input type="checkbox"/> 地域連携薬局の認定の有無 <input type="checkbox"/> 専門医療機関連携薬局の認定の有無及び認定を受けた傷病の区分 <input type="checkbox"/> 健康サポート薬局である旨の表示 <input type="checkbox"/> 薬剤師不在時間の有無
許 可 番 号	
薬 局 の 名 称	名 称
	フリガナ
	ローマ字表記
薬 局 開 設 者 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)	法人の名称
	フリガナ
	氏 名
薬 局 の 管 理 者 (管理薬剤師)	フリガナ
	氏 名
	フリガナ

薬局の所在地	住所(〒 ー)
	フリガナ
	ローマ字表記
薬局の面積	m ²
店舗販売業の併設の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
電話番号及び ファクシミリ番号	代表番号又は受付電話番号等 FAX番号 対応出来ない時間帯等
電子メールアドレス	
営業日	
開店時間	
開店時間外で相談できる時間	
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
地域連携薬局 の認定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
専門医療機関連携薬局 の認定の有無及び認定の区分	<input type="checkbox"/> 有 (認定を受けた傷病の区分：) <input type="checkbox"/> 無

(2) 薬局へのアクセス

薬局までの 主な利用交通手段	
薬局の駐車場	<input type="checkbox"/> 有 駐車台数 台 <input type="checkbox"/> 有料 <input type="checkbox"/> 無料 <input type="checkbox"/> 無
ホームページアドレス	

(3) 薬局サービス等

相談に対する対応の可否	
相談できるサービスの利用方法	
薬剤師不在時間の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

薬局の所在地	住所(〒 ー)
	フリガナ
	ローマ字表記
電話番号及び ファクシミリ番号	代表番号又は受付電話番号等 FAX番号 対応出来ない時間帯等
営業日	月： <input type="checkbox"/> 火： <input type="checkbox"/> 水： <input type="checkbox"/> 木： <input type="checkbox"/> 金： <input type="checkbox"/> 土： <input type="checkbox"/> 日： <input type="checkbox"/> 祝： <input type="checkbox"/> 年末年始： <input type="checkbox"/> お盆： <input type="checkbox"/> その他()
開店時間	開店時間 開店時間外(休日夜間)の対応
開店時間外で相談できる時間	
地域連携薬局 の認定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
専門医療機関連携薬局 の認定の有無	<input type="checkbox"/> 有 (認定を受けた傷病の区分：) <input type="checkbox"/> 無

(2) 薬局へのアクセス

薬局までの 主な利用交通手段	
薬局の駐車場	<input type="checkbox"/> 有 駐車台数 台 <input type="checkbox"/> 有料 <input type="checkbox"/> 無料 <input type="checkbox"/> 無
ホームページアドレス	
電子メールアドレス	

(3) 薬局サービス等

健康サポート薬局 である旨の表示	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
相談に対する対応の可否	相談可能な事項 <input type="checkbox"/> お薬相談 <input type="checkbox"/> 健康相談 <input type="checkbox"/> 誤飲等の中毒相談 <input type="checkbox"/> 禁煙相談 <input type="checkbox"/> その他

対応することができる外国語の種類	
障がい者に対する配慮	
車椅子の利用者に対する配慮	
特定販売の実施	<u>特定販売を行う際に使用する通信手段</u> <u>特定販売を行う時間</u> <u>特定販売により販売を行う医薬品の区分</u>
薬局製剤実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
薬局医薬品の取扱品目数	品目
要指導医薬品及び一般用医薬品の取扱品目数	品目
健康増進法第43条第6項に規定する特別用途食品の取扱いの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
配送サービスの利用	<u>配送サービス利用の可否</u> <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 <u>配送サービスの利用方法</u> <u>配送サービスの利用料</u>

(4) 費用負担

医療保険及び公費負担等の取扱い	
電子決済による料金の支払の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否

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

認定薬剤師（中立的かつ公共性のある団体により認定された薬剤師、又はそれらと同等の制度に基づいて認定された薬剤師）の種類及び人数	
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

薬剤師不在時間の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
対応することができる外国語の種類	<u>対応可能な外国語の種類</u> <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 中国語 <input type="checkbox"/> 韓国語 <input type="checkbox"/> その他：(外国語名) <input type="checkbox"/> 事前連絡があれば対応可能 <u>対応のレベル</u>
聴覚障害者に対する配慮	<input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 画面表示 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 事前連絡があれば対応可能
視覚障害者に対する配慮	<input type="checkbox"/> 音声案内 <input type="checkbox"/> 点字ブロック <input type="checkbox"/> 点字表示 <input type="checkbox"/> 事前連絡があれば対応可能
車椅子の利用者に対する配慮	<u>車椅子での来局</u> <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 身体障害者用トイレ <input type="checkbox"/> 車椅子利用者駐車場 <input type="checkbox"/> 点状ブロック <input type="checkbox"/> 昇降機 <input type="checkbox"/> バリアフリー構造（「高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律」に基づく基礎的基準に適合）

(4) 費用負担

医療保険及び公費負担等の取扱い	<u>保険薬局の指定</u> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 生活保護法 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 戦傷病者特別援護法 <input type="checkbox"/> 母子保健法 <input type="checkbox"/> 公害健康被害の補償等に関する法律 <input type="checkbox"/> 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律 <input type="checkbox"/> 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律 <input type="checkbox"/> 児童福祉法 <input type="checkbox"/> 難病の患者に対する医療等に関する法律 <input type="checkbox"/> その他
クレジットカードによる料金の支払の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	<u>取扱カードの種類</u>

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

認定薬剤師の種類及び人数	<u>認定名称、認定団体名及び各認定薬剤師の人数</u> <u>合計人数</u> 人 <u>上記合計人数のうち、公益社団法人薬剤師認定制度 認定機構の認証を受けた認定薬剤師の人数</u> 人
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

登録販売者 その他資格者の人数		
薬局の業務内容	無菌製剤処理に係る調剤の実施の可否 (他の薬局の無菌製剤室を利用する場合を含む。)	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	無菌調剤室の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	クリーンベンチの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	安全キャビネットの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	無菌製剤処理に係る調剤を当該薬局において実施した回数	回
	無菌製剤処理に係る調剤を他の薬局の無菌調剤室を利用して実施した回数	回
	一包化に係る調剤の実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	麻薬に係る調剤の実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	麻薬に係る調剤を実施した回数	回
	浸煎薬及び湯薬に係る調剤の実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	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	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	医療を受ける者の居宅等において行う調剤業務を実施した件数	件
	携帯型ディスプレイ注入ポンプの取扱いの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	小児の訪問薬剤管理指導の実績の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	医療的ケア児への薬学的管理・指導の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	オンライン服薬指導の実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	オンライン服薬指導の実施の方法	
	オンライン服薬指導を実施した回数	回
	マイナンバーカードの保険証利用により取得した薬剤情報等を活用した調剤の実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	電子処方箋の受付の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
リフィル処方箋の対応実績の件数	件	
電磁的記録による薬剤服用歴管理の実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

薬局の業務内容	無菌調剤実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	一包化調剤実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	麻薬調剤実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	浸煎薬、湯薬調剤実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	薬局製剤実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	在宅患者訪問調剤実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	オンライン服薬指導の実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	電磁的記録をもって作成された処方箋の受付の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	薬歴管理実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	電磁的記録による薬歴管理実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	「お薬手帳」交付の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	「電子版お薬手帳」対応の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	地域医療連携体制	医療連携の有無
プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
プロトコルに基づいた薬物治療管理の取組の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
地域医療情報連携ネットワークへの参加の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
入院時の情報を共有する体制の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
退院時の情報を共有する体制の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
受診勧奨情報等を医療機関に提供する体制の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
地域住民への啓発活動への参加の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

3 実績、結果等に関する事項

薬局の薬剤師数	人	
医療安全対策の実施	副作用報告の実施件数	件
	医療安全対策事業への参加の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
感染防止対策の実施	感染防止対策の実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
情報開示の体制	情報開示の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
症例検討体制	症例等検討実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
患者数	延べ患者数(前年1月1日～12月31日の人数)	人
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	
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に参加した回数	回	
患者の服薬状況等を医療機関に提供した回数	回	
患者満足度の調査	アンケート等調査実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	調査結果提供の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

	お薬手帳の交付の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	電子版お薬手帳の対応の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	緊急避妊薬の調剤の対応可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	オンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤の対応可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	高度管理医療機器の販売業許可の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	高度管理医療機器の貸与業許可の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	検体測定室の実施	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	災害・新興感染症への対応	
地域医療連携体制	医療連携の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	地域医療情報連携ネットワークへの参加の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	入院時の情報を共有する体制の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	入院時の情報を共有した回数	回
	退院時の情報を共有する体制の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	退院時の情報を共有した回数	回
	入院時及び退院時の情報共有のほか、地域における薬剤及び医薬品の適正な使用の推進及び効率的な提供に必要な情報を共有した回数	回
	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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	受診勧奨に係る情報等を医療機関に提供した実績の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	地域住民への啓発活動への参加の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	調剤報酬上の位置付け	

(2) 実績、結果等に関する事項

薬局の薬剤師数		人
医療安全対策の実施	副作用等に係る報告を実施した件数	件
	医療安全対策に係る事業への参加の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

4 地域連携薬局等に関する事項

(1) 地域連携薬局

実績の対象期間 (認定(更新)申請の前月までの1年間)	年 月 ~ 年 月
地域包括ケアシステムに関する研修を修了した薬剤師の人数	人
地域における医療機関に勤務する薬剤師等に対する随時報告及び連絡の実施回数	回
利用者が医療機関に入院する場合に当該医療機関に情報を共有した回数	回
利用者が医療機関から退院する場合に当該医療機関に情報を共有した回数	回
上記のほか、医療機関に情報を共有した回数	回
休日又は夜間に調剤の求めがあった場合に地域における他の薬局開設者と連携して対応した回数	回
在庫として保管する医薬品を必要な場合に地域における他の薬局開設者に提供した回数	回
麻薬に係る調剤を行った回数	回
当該薬局において実施した回数	回
無菌製剤処理に係る調剤を実施した回数	回
他の薬局の無菌調剤室を利用して実施した回数	回
他の薬局を紹介する等により実施した回数	回
地域における他の医療提供施設に対し医薬品の適正使用に関する情報を提供した回数	回
居宅等における調剤並びに情報の提供及び薬学的知見に基づく指導を実施した回数	回

(2) 専門医療機関連携薬局(傷病の区分:)

実績の対象期間 (認定(更新)申請の前月までの1年間)	年 月 ~ 年 月
傷病の区分ごとの専門性の認定を受けた薬剤師の人数	人
傷病の区分に該当する医療機関に勤務する薬剤師等に対する随時報告及び連絡の実施回数	回
休日又は夜間に調剤の求めがあった場合に地域における他の薬局開設者と連携して対応した回数	回
在庫として保管する傷病の区分に係る医薬品を必要な場合に地域における他の薬局開設者に提供した回数	回
麻薬に係る調剤を行った回数	回
地域における他の薬局開設者に対して傷病の区分ごとの専門的な薬学的知見に基づく調剤及び指導に関する研修を行った回数	回
地域における他の医療提供施設に対して傷病の区分ごとの医薬品の適正使用に関する情報を提供した回数	回

注 「4 地域連携薬局等に関する事項」は、地域連携薬局等の認定(更新)を受けた者が当該認定(更新)申請の内容と同じ情報を報告すること。

感染防止対策の実施の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
情報開示の体制	情報開示の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
症例を検討するための会議等の開催の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
総取扱処方箋数		枚
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（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）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
患者の服薬状況等を医療機関に提供した回数		回
患者満足度の調査	調査の実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	調査結果の提供の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

(3) 地域連携薬局等に関する事項

地域連携薬局	地域包括ケアシステムに関する研修を修了した薬剤師の人数	人
	休日又は夜間に調剤の求めがあった場合に地域における他の薬局開設者と連携して対応した回数	回
	在庫として保管する医薬品を必要な場合に地域における他の薬局開設者に提供した回数	回
	地域における他の医療提供施設に対し医薬品の適正使用に関する情報を提供した回数	回
	居宅等における調剤並びに情報の提供及び薬学的知見に基づく指導を実施した回数	回
専門医療機関連携薬局	傷病の区分ごとの専門性の認定を受けた薬剤師の人数	人
	傷病の区分に該当する医療機関に情報を共有した回数	回
	休日又は夜間に調剤の求めがあった場合に地域における他の薬局開設者と連携して対応した回数	回
	在庫として保管する医薬品を必要な場合に地域における他の薬局開設者に提供した回数	回
	地域における他の薬局開設者に対して傷病の区分ごとの専門的な薬学的知見に基づく調剤及び指導に関する研修を行った回数	回
	地域における他の医療提供施設に対して傷病の区分ごとの医薬品の適正使用に関する情報を提供した回数	回

3 その他医療を受ける者による薬局の選択に資する事項

--