

# 長野県薬局機能情報報告書

施設番号 :

機関名 :

## 【目次】

No.	項 目	ページ
	報告書表紙	1
1	連絡担当者	2
2	基本情報	
	(1) 薬局の名称	3
	(2) 薬局の開設者	3
	(3) 薬局の管理者	4
	(4) 薬局の所在地	5
	(5) 薬局の電話番号及びFAX番号	5
	(6) 営業日・開店時間	6
	(7) 開店時間外で相談できる時間	7
	(8) 夜間・休日・時間外の対応	7
	(9) 休業日	8
3	薬局へのアクセス	
	(1) 薬局までの主な利用交通手段	9
	(2) 薬局の駐車場	9
	(3) 案内用ホームページアドレス	9
	(4) 案内用電子メールアドレス	9
4	薬局内サービス等	
	(1) 健康サポート薬局である旨の表示	10
	(2) 相談に対する対応の可否	10
	(3) 薬剤師不在時間の有無	13
	(4) 障がい者に対する配慮	13
	(5) 車椅子の利用者に対する配慮	13
	(6) 受動喫煙を防止するための措置	13
	(7) 対応することができる外国語の種類	14
5	費用負担等	
	(1) 医療保険又は公費負担の取扱い	15
	(2) クレジットカードによる料金の支払いの可否	15
6	業務内容、提供サービス	
	(1) 認定薬剤師の種類及び人数	16
	(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	17
	(3) 薬局の業務内容	17
	(4) 地域医療連携体制	17
7	実績、結果に関する事項	
	(1) 薬局の薬剤師数	18
	(2) 医療安全対策	18
	(3) 情報開示の体制	18
	(4) 症例を検討するための会議等の開催の有無	18
	(5) 処方箋を応需した者の数(患者数)	18
	(6) 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	18
	(7) 健康サポート薬局に係る研修等を修了した薬剤師が地域ケア会議 その他地域包括ケアシステムの構築のための会議に参加した回数	19
	(8) 患者の服薬状況等を医療機関に提供した回数	19
	(9) 患者満足度の調査	19

(様式第 1 号)

## 薬局機能情報報告書

長野県知事 様

● 報告者

※報告日・住所・氏名の欄は必ず御記入願います。

報告日 ※必須				年		月		日												
住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） ※必須																				
氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名） ※必須																				

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 項の規定により、以下のとおり報告します。









**(6) 営業日・開店時間**

※開店時間の記入について

以下の場合を例に用いて、記入方法を示します。

(例)

■ 営業時間

- ・ 9時～12時、15時～18時
- ・ 但し、土曜は9時～13時
- ・ 日、祝は休業

(例)

基本となる開店時間	時間帯 1		9	時	0	0	分	～	1	2	時	0	0	分
	時間帯 2	1	5	時	0	0	分	～	1	8	時	0	0	分
	時間帯 3			時			分	～			時			分

  

時間帯	月	火	水	木	金	土	日	祝
時間帯 1	○	○	○	○	○	9:00～ 13:00		
時間帯 2	○	○	○	○	○			
時間帯 3								

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

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



**(9) 休業日**

休業日について、該当する項目に「○」を記入してください。

該当する曜日に「○」を記入してください。

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

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

毎週決まった曜日に休業	月	火	水	木	金	土	日

該当する週、曜日に「○」を記入してください。

毎週決まった週に休業 (週定休)		月	火	水	木	金	土	日
	第1							
	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				→	←
7							第2
		第2				→	←
14							第3
		第3				→	←
24							第4
		第4				→	←
31							第5
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



#### 【4 薬局内サービス等】

※実施及び設置しているものについて、「該当」欄に「○」を記入してください。

##### (1) 健康サポート薬局である旨の表示

項目名		該当
01	健康サポート薬局である旨の表示	

##### (2) 相談に対する対応の可否

※時間外の相談について対応を実施する場合、「時間外対応の可否」の「該当」欄に「○」を記入し、対応できる時間帯、電話番号等がある場合は、備考欄に記入してください。

###### 1. 誤飲・誤食による中毒相談

項目名		該当
01	対応の可否	
02	時間外対応の可否	

###### 2. 禁煙相談

項目名		該当
01	対応の可否	
02	時間外対応の可否	

###### 3. 生活習慣病に関する相談

項目名		該当
01	対応の可否	
02	時間外対応の可否	

###### 4. 医薬品全般に関する相談

項目名		該当
01	対応の可否	
02	時間外対応の可否	

###### 5. 医療に関する相談

項目名		該当
01	対応の可否	
02	時間外対応の可否	

###### 6. 医療機器に関する相談

項目名		該当
01	対応の可否	
02	時間外対応の可否	

### 7. 応急処置に関する相談

項目名		該当
01	対応の可否	
02	時間外対応の可否	

### 8. 漢方薬に関する相談

項目名		該当
01	対応の可否	
02	時間外対応の可否	

### 9. 介護に関する相談

項目名		該当
01	対応の可否	
02	時間外対応の可否	

### 10. 介護用品に関する相談

項目名		該当
01	対応の可否	
02	時間外対応の可否	

### 11. 健康全般に関する相談

項目名		該当
01	対応の可否	
02	時間外対応の可否	

### 12. 健康食品（サプリメント）に関する相談

項目名		該当
01	対応の可否	
02	時間外対応の可否	

### 13. 食生活に関する相談

項目名		該当
01	対応の可否	
02	時間外対応の可否	









**【6 業務内容、提供サービス】**

**(1) 認定薬剤師の種類及び人数**

※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のことを指します。

※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、薬物乱用防止指導員等公的な機関から任命されたものは除いてください。

認定薬剤師の種類	研 修 認 定 薬 剤 師 ( 日 本 薬 剤 師 研 修 セ ン タ ー )														
認定薬剤師の人数(人)															

認定薬剤師の種類	漢 方 薬 ・ 生 薬 認 定 薬 剤 師 ( 日 本 薬 剤 師 研 修 セ ン タ ー )														
認定薬剤師の人数(人)															

認定薬剤師の種類	認 定 実 務 実 習 指 導 薬 剤 師 ( 日 本 薬 剤 師 研 修 セ ン タ ー )														
認定薬剤師の人数(人)															

※上記以外の認定薬剤師・専門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。

認定薬剤師の種類															
認定薬剤師の人数(人)															

認定薬剤師の種類															
認定薬剤師の人数(人)															

認定薬剤師の種類															
認定薬剤師の人数(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**

※下記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。

	項目名	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実施の可否	
07	薬剤服用歴管理の実施の有無	
08	電磁的記録による薬剤服用管理歴の実施の有無	
09	薬剤情報を記載するための手帳の交付の可否	
10	薬剤情報を電磁的記録により記載するための手帳を所持する者の対応の可否	

**(4) 地域医療連携体制**

**1. 医療連携**

※以下の項目に取り組んでいる場合は、「該当」欄に「○」を記入してください。

	項目名	該当
01	プレアポイド事例の把握・収集に関する取組の有無	
02	プロトコルに基づいた薬物治療の取組の有無	
03	地域の医療機関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の有無	

**2. 地域医療情報連携ネットワークへの参加**

※地域医療情報連携ネットワークに参加し、患者情報の共有等薬学的管理の向上に取り組んでいる場合は、「該当」欄に「○」を記入してください。

	項目名	該当
01	地域医療情報連携ネットワークへの参加の有無	

**3. 退院時の情報を共有する体制**

※医療機関の医師や地域医療(連携)室との連携により、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、「該当」欄に「○」を記入してください。

	項目名	該当
01	退院時の情報を共有する体制の有無	

**4. 受診勧奨に係る情報等を医療機関に提供する体制**

※利用者の情報等を文書により医療機関に提供する体制がある場合は、「該当」欄に「○」を記入してください。

項目名	該当
01 受診勧奨に係る情報等を医療機関に提供する体制の有無	

**5. 地域住民への啓発活動への参加**

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

項目名	該当
01 地域住民への啓発活動への参加の有無	

**【7 実績、結果等に関する事項】**

該当する項目の「該当」欄に「○」を記入、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								人
------	--	--	--	--	--	--	--	---

**(2) 医療安全対策**

項目名	該当
01 副作用等に係る報告の実施件数	
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
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**

項目名	該当
症例を検討するための会議等の開催の有無	

**(5) 処方箋の応需した者の数（患者数）**

※前年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	患者数
処方箋を応需した者の数（患者数）	

**(6) 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**

※前年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件数を記入してください。

項目名	件数
医療を受ける者の居宅等において行う調剤業務の実施件数	

(7) 健康サポート薬局に係る研修等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

項目名	回数				
地域ケア会議等参加回数					回

(8) 患者の服薬状況等を医療機関に提供した回数

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

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