

## 【目次】

No.	項 目	
1	基本情報	
(1)	薬局名称	1
(2)	薬局の開設者	2
(3)	薬局の管理者	2
(4)	薬局の所在地	2
(5)	薬局の電話番号及びFAX番号	2
(6)	営業日・開店時間	3
(7)	時間外（休日・夜間）対応、地域連携薬局の認定・専門医療機関連携薬局の認定及び認定の区分	4
(8)	休業日	4
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	薬局サービス等	
(1)	相談に対する対応	6
(2)	薬剤師不在時間の有無	6
(3)	対応することができる外国語の種類	7
(4)	障害者に対する配慮	8
(5)	車椅子の利用者に対する配慮	8
4	費用負担等	
(1)	医療保険又は公費負担の取扱い	9
(2)	クレジットカードによる料金の支払い	9
5	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)	健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師の人数	10
(3)	薬局の業務内容	11
(4)	地域医療連携体制	12
(5)	薬局の認定等	12
6	実績、結果等に関する事項	
(1)	薬剤師数	13
(2)	医療安全対策	13
(3)	感染防止対策の実施の有無	13
(4)	情報開示の体制	13
(5)	病例を検討するための会議等の開催	13
(6)	処方せんを応需した患者数	13
(7)	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	14
(8)	健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師による地域医療に係る会議への参加	14
(9)	患者の服薬情報等を医療機関に提供した回数	14
(10)	患者満足度の調査	14
(11)	地域連携薬局	15
(12)	専門医療機関連携薬局	16





(6) 営業日・開店時間

開店時間帯を24時間表記で記入してください。  
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 開店時間 10 時 ～ 20 時  
土曜 開店時間 10 時 ～ 19 時  
日曜・祝日 休業日 の場合

基本となる 開店時間	時間帯 1	10 時 00 分 ～ 20 時 00 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	土	日
時間帯 1	10:00～20:00	10:00～20:00	10:00～19:00	
時間帯 2				
時間帯 3				

特記事項

不	定	休	あ	り															

基本となる 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				

特記事項


**(7) 時間外（休日・夜間）対応・地域連携薬局の認定・専門医療機関連携薬局の認定**

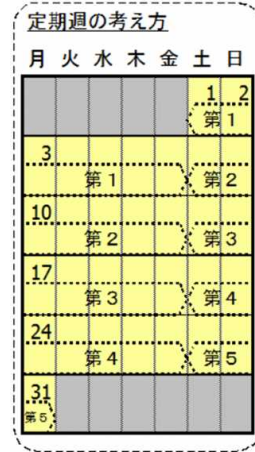
以下の項目で該当するものがあれば、「該当」欄に「○」を記入してください。

項目	該当	項目	該当
01 開店時間外でも対応可能		04 地域連携薬局の認定の有無	
02 24時間対応可能		05 専門医療機関連携薬局の認定の有無	
03 夜間・休日営業の地域輪番・当番制に参加		06 専門医療機関連携薬局の認定の区分：がん	

**(8) 休業日**

※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	

**【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。

交通アクセス情報																		

(交通アクセス情報記入例)

・「○線○駅より○方へ徒歩○分」「○バス○バス停より○方へ徒歩○分、○○通り○郵便局前」などを記入してください。

**(2) 薬局の駐車場**

項目名	該当	駐車台数	
		有料	無料
駐車場がある (契約駐車場も含む)		<input type="text"/>	<input type="text"/>
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、各薬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	h	t	t	p	:	/	/											

**(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) 相談に対する対応**

※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。

①健康相談対応

対応窓口の設置	
時間外対応の可否	
時間外の対応時間	時 分 ~ 時 分
連絡先電話番号	—

②介護相談対応

対応窓口の設置	
時間外対応の可否	
時間外の対応時間	時 分 ~ 時 分
連絡先電話番号	—

③薬物中毒相談対応

対応窓口の設置	
時間外対応の可否	
時間外の対応時間	時 分 ~ 時 分
連絡先電話番号	—

④禁煙相談対応

対応窓口の設置	
時間外対応の可否	
時間外の対応時間	時 分 ~ 時 分
連絡先電話番号	—

⑤誤飲・誤食による中毒相談対応

対応窓口の設置	
時間外対応の可否	
時間外の対応時間	時 分 ~ 時 分
連絡先電話番号	—

**(2) 薬剤師不在時間**

※薬剤師不在時間の有無について、「該当」欄に「○」を記入してください。

**薬剤師不在時間とは**

※薬局の開局時間のうち、当該薬局において調剤に従事する薬剤師が当該薬局以外の場所においてその業務を行うため、やむを得ず、かつ、一時的に当該薬局において、薬剤師が不在となる時間です。

薬剤師不在時間の有無

薬剤師の不在時間	有	
薬剤師の不在時間	無	

**(3) 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	言葉に不自由することなく対応が可能
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4	対応不可

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

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
	レベル1	レベル2	レベル3
	レベル1	レベル2	レベル3
	レベル1	レベル2	レベル3
	レベル1	レベル2	レベル3

**特記事項**

※対応できない曜日時間等ある場合などや、事前に連絡が必要な場合は記入してください。




**(4) 障害者に対する配慮**

① 聴覚障害者に対する配慮

項目名	該当	項目名	該当
01 手話通訳での服薬指導		03 文書または筆談での服薬指導	
02 画面表示で服薬指導			

② 視覚障害者に対する配慮

案内項目名	該当	項目名	該当
01 音声案内対応		03 薬袋・薬剤への点字表示(シール等)	
02 服薬指導に用いる文書の点字表示			

※対応できない曜日・時間等ある場合などは具体的に以下に記入してください


**(5) 車椅子の利用者に対する配慮**

項目名	該当	項目名	該当
01 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)		05 車椅子利用者用駐車場	
02 スロープ設置		06 点字ブロック	
03 手すり設置		07 昇降装置	
04 身体障害者用トイレ設置			

**【4 費用負担等】**

**(1) 医療保険又は公費負担の取扱い**

※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。

項目名		該当	項目名		該当
01	健康保険法に基づく保険薬局としての指定		08	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に基づく指定（精神通院医療）	
02	生活保護法に基づく指定		09	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に基づく指定（育成医療・更生医療）	
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		10	労働者災害補償保険法に基づく指定	
04	戦傷病者特別援護法に基づく指定		11	児童福祉法に基づく指定	
05	母子保健法に基づく指定		12	難病の患者に対する医療等に関する法律に基づく指定	
06	公害健康被害の補償等に関する法律に基づく指定		13	その他	
07	原子爆弾被害者に対する援護に関する法律に基づく指定				

**(2) クレジットカードによる料金の支払い**

※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	

※使用可能なカードの種類の「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	V I S A	
02	M a s t e r C a r d		05	D i n e r s C l u b	
03	アメリカーンエクスプレス（A M E X）		06	N I C O S	

※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。


**【5 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。

認定薬剤師の種類	認定薬剤師の人数(人)		
研修認定薬剤師(日本薬剤師研修センター)			人
漢方薬・生薬認定薬剤師(日本薬剤師研修センター)			人
認定実務実習指導薬剤師(日本薬剤師研修センター)			人
禁煙指導認定薬剤師(兵庫県薬剤師会)			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**

※健康サポート薬局の届出の有無にかかわらず、健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師の人数を記入してください。該当する薬剤師がない場合は、空欄にしてください。

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

※該当する項目に「○」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	
02 一包化薬に係る調剤の実施	
03 麻薬に係る調剤の実施	
04 浸煎薬及び湯薬に係る調剤の実施	
05 薬局製剤実施	
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	
07 オンライン服薬指導の実施の可否	
08 電磁的記録をもって作成された処方箋の受付の可否	
09 薬剤服用歴管理の実施	
09 薬歴管理の電子化を実施	
10 患者の薬剤服用歴その他の情報を一元的かつ経時的に管理できる手帳の交付	
10 患者の薬剤服用歴その他の情報を薬剤情報を電磁的記録によりを一元的かつ経時的に管理できる手帳を所持する者の対応	
11 高度管理医療機器等販売業、貸与業の許可	
12 健康サポート薬局の届出	

**(4) 地域医療連携体制**

①医療連携

該当する項目に「○」を記入してください。

項目		該当
01	プレアボイド事例の把握・収集に関する取組	
	プロトコルに基づいた薬物治療管理(PBPM)の取組	
02	地域医療情報連携ネットワークへの参加	
03	入院時の情報を共有する体制	
04	退院時の情報を共有する体制	
05	受診勧奨に係る情報等を医療機関に提供する体制	

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														
メールアドレス														

②地域住民への啓発活動への参加

※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
05	地域住民への啓発活動への参加	

**(5) 薬局の認定等**

※該当する項目に「○」を記入してください。

項目		該当
01	兵庫県薬剤師会新基準認定薬局(兵庫県薬剤師会)	
02	薬学生実務実習受入施設(兵庫県薬剤師会、日本薬剤師会)	



※該当する項目に「〇」、件数または回数を記入してください

**(7) 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**

※報告期日の前年1年間(1月1日から12月31日)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入してください。記入上の留意点をよく読んで記入してください。

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

**(8) 健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師による地域医療に係る会議への参加**

※報告期日の前年1年間(1月1日から12月31日)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入してください。記入上の留意点をよく読んで記入してください。

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、その他地域包括ケアシステムの構築のための会議へ参加した回数				回
--	--	--	--	---

**(9) 患者の服薬情報等を医療機関に提供した回数**

※報告期日の前年1年間(1月1日から12月31日)に患者の服薬状況等を医療機関に提供した回数を記入してください。記入上の留意点をよく読んで記入してください。

患者の服薬状況等を医療機関に提供した回数				回
----------------------	--	--	--	---

**(10) 患者満足度の調査**

患者満足度の調査の実施(報告期日の前年1年間(1月1日から12月31日))	
患者満足度の調査結果の提供の有無	

( 1 1 ) 地域連携薬局

01. 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

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

02. 第10条の2第2項第2号に基づき、医療機関に情報を共有した回数

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
入院及び退院する場合のほか、医療機関に情報を共有した回数								回

03. 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

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

04. 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

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

05. 麻薬に係る調剤を行った回数

麻薬に係る調剤を行った回数								回
---------------	--	--	--	--	--	--	--	---

06. 無菌製剤処理に係る調剤を実施した回数

当該薬局において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

07. 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

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

08. 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

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



(12) 専門医療機関連携薬局

第10条の3第1項に規定する傷病の区分ごとの専門性の認定を受けた薬剤師の人数						回
第10条の3第3項第2号に基づき、同項第1号の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第10条の3第1項に規定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第10条の3第1項に規定する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第10条の3第1項に規定する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