

# 愛媛県薬局機能情報報告書

機関コード	
機関名称	

**【目次】**

No.	項 目	
1	連絡担当者	1
2	基本情報	
	(1) 薬局の名称	2
	(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ファクシミリ番号	2
	(6) 営業日・開店時間	3
	(7) 時間外（休日・夜間）対応	3
3	薬局へのアクセス	
	(1) 薬局までの主な利用交通手段	4
	(2) 薬局の駐車場	4
	(3) ホームページアドレス	4
	(4) 電子メールアドレス	4
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	5
	(2) 相談に対する対応の可否	5
	(3) 薬剤師不在時間の有無	5
	(4) 対応することができる外国語の種類	5
	(5) 障がい者に対する配慮	6
	(6) 車椅子の利用者に対する配慮	6
	(7) 受動喫煙を防止するための措置	6
5	費用負担	
	(1) 医療保険及び公費負担の取扱い	7
	(2) クレジットカードによる料金の支払の可否	7
6	業務内容、提供サービス	
	(1) 認定薬剤師の種類及び人数	8
	(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	8
	(3) 薬局の業務内容	8
	(4) 地域医療連携体制	8
7	実績、結果等に関する事項	
	(1) 薬局の薬剤師数	9
	(2) 医療安全対策の実施	9
	(3) 情報開示の体制	9
	(4) 症例を検討するための会議等の開催の有無	9
	(5) 処方せんを応需した者の数（患者数）	9
	(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	9
	(7) 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に参加した回数	9
	(8) 患者の服薬状況等を医療機関に提供した回数	9
	(9) 患者満足度の調査	9

**【1 連絡担当者】**

※本報告書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		年		月		日			
記入者（フリガナ）									
記入者									
薬局の許可番号									
役職名									
所属									
連絡先電話番号	( )					内線			
連絡先ファクシミリ番号	( )								
電子メールアドレス									

## 【2 基本情報】

### (1) 薬局の名称

※薬局の正式名称を記入してください

正式名称 (フリガナ) (薬局開設許可証記載名称)	
正式名称 (薬局開設許可証記載名称)	
ローマ字表記 (英語表記)	

(英語表記記入例)

〇〇薬局 → Marumaru Drugstore

(ローマ字表記記入例)

〇〇薬局 → Marumaru Yakkyoku

### (2) 薬局の開設者

※開設者が法人の場合は法人名、代表者名を記入してください

開設者名 (フリガナ) (代表者名 (フリガナ))	
開設者名 (代表者名)	

### (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	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					-					
				-							
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)

〇〇市〇〇町1-2-3 〇〇ビル5階 → Marumaru Bldg. 5F 1-2-3 Marumaru-Town Marumaru-City

### (5) 薬局の電話番号及びファクシミリ番号

※薬局の電話番号及び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)

#### 1. 電話番号

( )
-----

#### 2. 夜間・休日電話番号

※夜間・休日用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

( )
-----

#### 3. ファクシミリ番号

( )
-----

(6) 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

※終了時間が日を跨ぐ場合、「翌日」の欄に「○」を記入してください

(記入例)

月～金曜 開店時間 10 時 ~ 20 時  
 土曜 開店時間 10 時 ~ 19 時 の場合  
 日曜・祝日 休業日

基本となる 開店時間	時間帯 1	10 : 00 ~ 20 : 00	翌日	
	時間帯 2	10 : 00 ~ 19 : 00	翌日	

通常の 営業日	月	火	水	木	金	土	日	祝
	○	○	○	○	○	○		

区分	曜日	時間帯 1		時間帯 2		
通常の営業日 ・開店時間	月	10 : 00 ~ 20 : 00	翌日	:	~ : 翌日	
	火	10 : 00 ~ 20 : 00	翌日	:	~ : 翌日	
	水	10 : 00 ~ 20 : 00	翌日	:	~ : 翌日	
	木	10 : 00 ~ 20 : 00	翌日	:	~ : 翌日	
	金	10 : 00 ~ 20 : 00	翌日	:	~ : 翌日	
	土	:	~ :	翌日	10 : 00 ~ 19 : 00	翌日
	日	:	~ :	翌日	:	~ : 翌日
	祝	:	~ :	翌日	:	~ : 翌日

夜間・休日に関する特記事項 (200字以内)

不定休あり

基本となる 開店時間	時間帯 1	:	~ :	翌日	
	時間帯 2	:	~ :	翌日	

通常の 営業日	月	火	水	木	金	土	日	祝

区分	曜日	時間帯 1		時間帯 2		
通常の営業日 ・開店時間	月	:	~ :	翌日	:	~ : 翌日
	火	:	~ :	翌日	:	~ : 翌日
	水	:	~ :	翌日	:	~ : 翌日
	木	:	~ :	翌日	:	~ : 翌日
	金	:	~ :	翌日	:	~ : 翌日
	土	:	~ :	翌日	:	~ : 翌日
	日	:	~ :	翌日	:	~ : 翌日
	祝	:	~ :	翌日	:	~ : 翌日

夜間・休日に関する特記事項 (200字以内)

(7) 時間外(休日・夜間)対応

※以下の項目で該当するものがあれば、「○」を記入してください

項目名	該当	項目名	該当
01 24時間対応可能		03 時間外連絡先は店頭に掲示	
02 地域輪番制に参加		04 時間外連絡先を葉袋等に表示	

### 【3 薬局へのアクセス】

#### (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  
 ※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)

電車の場合：〇〇線 〇〇駅下車 (方角)へ 徒歩〇分  
 バスの場合：〇〇行き バス停〇〇下車 (方角)へ 徒歩〇分  
 公共施設等から：〇〇より (方角)へ 車〇分

#### (2) 薬局の駐車場

※各項目について記入、又は該当欄に「〇」を記入してください

項目名	該当	駐車場台数	
駐車場がある (契約駐車場も含む)	〇	有料	台
特記事項 (有料の場合の料金など)	〇	無料	台

(特記事項記入例)

「1時間当たり〇〇円の料金が発生します。」  
 「障がい者用の駐車スペースが〇〇台確保されています。」  
 「最寄りに有料駐車場あり。」

#### (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

※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

※ホームページの閲覧が有料である場合、「〇」を記入してください

薬局の ホームページ アドレス	
ホームページ が有料	〇

#### (4) 電子メールアドレス

※患者や住民が連絡・相談等を行うことが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

※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電子メールアドレスは記入しないでください

※今後の県(保健所)からの行政連絡に使用することも想定していますので、メールアドレスを有している場合は、極力記入していただくようお願いします

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

【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  有   
 ※該当する場合は「○」を記入してください

(2) 相談に対する対応の可否  有   
 ※設置及び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

相談内容	対応窓口の設置	時間外対応が可能
通常、処方箋の応需義務における対応窓口		
誤飲・誤食による中毒相談		
禁煙相談		
公衆衛生相談（ぎょう虫、しらみ駆除、疥癬等）		
一般用医薬品の相談		
育児相談		
健康相談		
介護相談		

※時間外の対応が可能とした場合の連絡先電話番号及び相談可能な時間帯を記入してください

時間外の対応時間	: ~ :
連絡先電話番号	( )

(3) 薬剤師不在時間の有無  有   
 ※該当する場合は「○」を記入してください

(4) 対応することができる外国語の種類  有   
 ※薬局内での外国語対応について、該当する会話レベルに「○」を記入してください

母国語レベル	言葉に不自由することなく対応が可能
日常会話レベル	日常会話程度の会話力ではあるが対応が可能
片言レベル	会話の自信はないが図示や単語の羅列で対応が可能

言語	会話レベル			
	母国語レベル	日常会話レベル	片言レベル	対応不可
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				

※上記のほか対応できる外国語がある場合、外国語の種類及び会話レベルを記入してください

言語	会話レベル		
	母国語レベル	日常会話レベル	片言レベル

**(5) 障がい者に対する配慮**

※該当欄に「○」を記入してください

※該当する項目がない場合は空欄としてください

## 1. 聴覚障がい者に対する配慮

項目名		該当	項目名		該当
01	手話通訳による服薬指導が可能 (その際事前連絡要)		03	画面表示	
02	手話通訳による服薬指導が可能 (その際事前連絡不要)		04	文書又は筆談での服薬指導可能	

## 2. 視覚障がい者に対する配慮

項目名		該当	項目名		該当
01	薬袋、薬剤への点字表示可能		03	点字以外での服薬指導が可能	
02	服薬指導に用いる文書への点字表示可能		04	音声案内可能	

**(6) 車椅子の利用者に対する配慮**

※車椅子での来局が可能な場合は、該当欄に「○」を記入してください

※車椅子での来局が不可の場合は、すべて空欄としてください

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完備	
02	スロープの設置		06	点状ブロックの設置	
03	手すりの設置		07	昇降機の設置	
04	車椅子対応のトイレの設置		08	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建築物移動等円滑化基準に適合）	

**(7) 受動喫煙を防止するための措置**

※該当欄のいずれかひとつに「○」を記入してください

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 費用負担】**

**(1) 医療保険及び公費負担の取扱い**

※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の指定		06	公害健康被害の補償等に関する法律に基づく指定	
02	生活保護法に基づく指定		07	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	
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（旧結核予防法に基づく結核指定医療機関の指定）		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	
04	戦傷病者特別援護法に基づく指定		09	児童福祉法に基づく指定	
05	母子保健法に基づく指定		10	難病の患者に対する医療等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の可否**

※クレジットカードによる料金の支払が可能な場合は、該当欄に「○」を記入し、利用可能なカードの種類を記入してください

項目名	該当
クレジットカードによる料金の支払の可否	

使用可能なカードの種類 (※該当の場合のみ記入)	



【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です

※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

※該当者がいない項目は空欄にしてください

認定薬剤師の種類	認定薬剤師の人数
日本医療薬学会認定薬剤師	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
日本医療薬学会指導薬剤師	人

※上記のほか認定薬剤師がある場合は、認定薬剤師の種類及び人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
	人

認定薬剤師の合計人数	人
上記のうちCPCにより認証を受けた機関の研修を受けた認定薬剤師の人数	人

※CPC、公益社団法人薬剤師認定制度認証機構(Council on Pharmacists Credentials)

(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
--------------------------	---

※健康サポート薬局の届出の有無に関わらず、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

※研修終了証の有効期限が切れている場合は人数に含まないでください

(3) 薬局の業務内容

※対応することができる業務内容について、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	
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 生薬(漢方薬を含む。)の浸煎薬及び湯薬に係る調剤の実施	
05 薬局製剤の実施	
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 薬剤服用歴管理の実施	
08 薬歴管理に電子化を実施	
09 薬剤情報を記載するための手帳(お薬手帳)の交付及び記載	
10 電子化した薬剤情報を記載するための手帳(お薬手帳(電子版))サービスの実施	
11 自己注射の注射針の回収	

(4) 地域医療連携体制

項目	該当
医療連携:プレアボイド事例の把握・収集の実施	<input type="checkbox"/>
医療連携:プロトコルに基づいた薬物治療管理(PBPM)の実施	<input type="checkbox"/>
地域医療情報連携ネットワークへの参加 (患者情報の共有等による薬学的管理の向上への取り組み)	<input type="checkbox"/>
患者退院時における医療機関等や地域医療(連携)室との情報共有体制	<input type="checkbox"/>
受診勧奨に係る情報等を医療機関に提供する体制	<input type="checkbox"/>
その他医療連携( )	<input type="checkbox"/>
地域住民や学校教育に対する啓発活動への参加	<input type="checkbox"/>

**【7 実績、結果等に関する事項】**

**(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(常勤換算)		人
------------	--	---

**(2) 医療安全対策の実施**

※医療安全対策を実施している場合は、記入またはチェックしてください

副作用等に係る報告の実施件数(前年1年(1月1日~12月31日)の実施延べ件数)		件
--	--	---

項目名	該当
医療安全対策事業への参加(ヒヤリ・ハット事例等の収集)	

**(3) 情報開示の体制**

※情報開示を行っている場合は、該当欄に「○」を記入してください

項目名	該当
調剤録、薬歴、レセプト等の情報開示実施	

**(4) 症例を検討するための会議等の開催の有無**

※症例検討会議等の開催を実施している場合は、該当欄に「○」を記入してください

項目名	該当
症例を検討するための会議等の開催	

**(5) 処方せを応需した者の数(患者数)**

※前年1年間(1月1日~12月31日)に処方せを応需した延べ患者数を記入してください

※該当者がいない場合は空欄にしてください

処方せを応需した者の数(患者数)		人
------------------	--	---

**(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**

※在宅患者訪問薬剤管理指導料等の算定に関わらず、前年1年間(1月1日~12月31日)に患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

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**

※前年1年間(1月1日~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の多職種が参加する会議に参加した件数を記入してください

※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

健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師が地域医療に係る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**

※前年1年間(1月1日~12月31日)に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)に提供した回数を実数で記入してください

なお、服薬情報等提供料の算定の有無にかかわらず、報告して差し支えありません

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

**(9) 患者満足度調査の実施**

※前年1年間(1月1日~12月31日)における状況について、該当する欄に「○」を記入してください

項目名	該当
実施(調査結果の提供有)	
実施(調査結果の提供無)	
未実施	

**【自由記入欄】**

※公開されます