

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施行細則新旧対照表

改正後	現行
<p>(薬局等管理者の薬局等外薬事従事の許可)</p> <p>第三条 法第七條第四項ただし書、法第二十八條第三項ただし書、法第三十五條第四項ただし書、法第三十九條の二第二項ただし書又は法第四十條の六第二項ただし書の規定による許可を受けようとする者は、様式第一号による申請書を知事に提出しなければならない。</p> <p>2 略</p> <p>3 第一項の規定にかかわらず、法第七條第四項に規定する薬局の管理者、法第二十八條第二項に規定する店舗管理者、法第三十五條第二項に規定する医薬品営業所管理者、法第三十九條の二第一項に規定する高度管理医療機器等営業所管理者及び法第四十條の六第一項に規定する再生医療等製品営業所管理者が非常勤の学校薬剤師の業務に従事する場合は、第一項の許可を受けたものとみなす。この場合において、次條の規定は適用しない。</p>	<p>(薬局等管理者の薬局等外薬事従事の許可)</p> <p>第三条 法第七條第三項ただし書、法第二十八條第三項ただし書、第三十五條第三項ただし書、法第三十九條の二第二項ただし書又は法第四十條の六第二項ただし書の規定による許可を受けようとする者は、様式第一号による申請書を知事に提出しなければならない。</p> <p>2 略</p> <p>3 第一項の規定にかかわらず、法第七條第三項に規定する薬局の管理者、法第二十八條第二項に規定する店舗管理者、法第三十五條第二項に規定する医薬品営業所管理者、法第三十九條の二第一項に規定する高度管理医療機器等営業所管理者及び法第四十條の六第一項に規定する再生医療等製品営業所管理者が非常勤の学校薬剤師の業務に従事する場合は、第一項の許可を受けたものとみなす。この場合において、次條の規定は適用しない。</p>

福岡県医薬品、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施行細則新旧対照表

改正後	現行																								
<p style="text-align: center;">様式第2号(第3条関係)</p> <p style="text-align: right;">(日本産業規格A4)</p> <p style="text-align: center;">許可番号 第 号</p> <p style="text-align: center;"> 薬 局 店舗販売業 卸売販売業 高度管理医療機器等販売業 高度管理医療機器等貸与業 販売業 高度管理医療機器等 貸与業 再生医療等製品販売業 </p> <p style="text-align: center;">管理者兼務許可証</p> <p style="text-align: center;">住 所 氏 名</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 20%;">管理している薬局、 店舗又は営業所</td> <td style="width: 15%;">名 称</td> <td style="width: 65%;"></td> </tr> <tr> <td>所 在 地</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="width: 20%;">兼 務 す る 業 務</td> <td>名 称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>所 在 地</td> <td></td> </tr> <tr> <td>内 容</td> <td></td> </tr> </table> <p style="margin-top: 20px;"> 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7条第4項ただし書 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28条第4項ただし書 上記のとおり 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35条第4項ただし書 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39条の2第2項ただし書 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40条の6第2項ただし書 の規定により許可された者であることを証明する。 </p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">福岡県知事 印</p>	管理している薬局、 店舗又は営業所	名 称		所 在 地		兼 務 す る 業 務	名 称		所 在 地		内 容		<p style="text-align: center;">様式第2号(第3条関係)</p> <p style="text-align: right;">(日本産業規格A4)</p> <p style="text-align: center;">許可番号 第 号</p> <p style="text-align: center;"> 薬 局 店舗販売業 卸売販売業 高度管理医療機器等販売業 高度管理医療機器等貸与業 販売業 高度管理医療機器等 貸与業 再生医療等製品販売業 </p> <p style="text-align: center;">管理者兼務許可証</p> <p style="text-align: center;">住 所 氏 名</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 20%;">管理している薬局、 店舗又は営業所</td> <td style="width: 15%;">名 称</td> <td style="width: 65%;"></td> </tr> <tr> <td>所 在 地</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="width: 20%;">兼 務 す る 業 務</td> <td>名 称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>所 在 地</td> <td></td> </tr> <tr> <td>内 容</td> <td></td> </tr> </table> <p style="margin-top: 20px;"> 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7条第3項ただし書 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28条第3項ただし書 上記のとおり 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35条第3項ただし書 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39条の2第2項ただし書 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40条の6第2項ただし書 の規定により許可された者であることを証明する。 </p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">福岡県知事 印</p>	管理している薬局、 店舗又は営業所	名 称		所 在 地		兼 務 す る 業 務	名 称		所 在 地		内 容	
管理している薬局、 店舗又は営業所		名 称																							
	所 在 地																								
兼 務 す る 業 務	名 称																								
	所 在 地																								
	内 容																								
管理している薬局、 店舗又は営業所	名 称																								
	所 在 地																								
兼 務 す る 業 務	名 称																								
	所 在 地																								
	内 容																								

改正後	現行																																							
<p>様式第6号(第5条関係)</p> <p style="text-align: center;">薬局機能情報報告書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>福岡県知事 殿</p> <p>郵便番号(〒 —) フリガナ 住 所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)</p> <p>フリガナ 氏 名(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)</p> <p>電話番号 () —</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <table border="1" data-bbox="290 850 1246 919"> <tr> <td>報 告 区 分</td> <td><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)</td> </tr> </table> <p>1 管理・運営・サービス等に関する事項</p> <p>(1) 基本情報</p> <table border="1" data-bbox="290 1008 1246 1743"> <tr> <td>基本情報等の変更項目 (変更の場合)</td> <td> <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 </td> </tr> <tr> <td>許 可 番 号</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">薬 局 の 名 称</td> <td>名 称</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> </tr> <tr> <td>ローマ字表記</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">薬 局 開 設 者 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)</td> <td>法人の名称</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> </tr> <tr> <td>氏 名</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">薬 局 の 管 理 者 (管理薬剤師)</td> <td>氏 名</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> </tr> </table>	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)	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 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)	法人の名称	フリガナ	氏 名	フリガナ	薬 局 の 管 理 者 (管理薬剤師)	氏 名	フリガナ	<p>様式第6号(第5条関係)</p> <p style="text-align: center;">薬局機能情報報告書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>福岡県知事 殿</p> <p>郵便番号(〒 —) フリガナ 住 所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)</p> <p>フリガナ 氏 名(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)</p> <p>電話番号 () —</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <table border="1" data-bbox="1662 829 2626 898"> <tr> <td>報 告 区 分</td> <td><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)</td> </tr> </table> <p>1 管理・運営・サービス等に関する事項</p> <p>(1) 基本情報</p> <table border="1" data-bbox="1662 987 2626 1785"> <tr> <td>基本情報等の変更項目 (変更の場合)</td> <td> <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"/>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 </td> </tr> <tr> <td>許 可 番 号</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">薬 局 の 名 称</td> <td>名 称</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> </tr> <tr> <td>ローマ字表記</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">薬 局 開 設 者 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)</td> <td>法人の名称</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> </tr> <tr> <td>氏 名</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">薬 局 の 管 理 者 (管理薬剤師)</td> <td>氏 名</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">薬 局 の 所 在 地</td> <td>住 所(〒 —)</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> </tr> <tr> <td>ローマ字表記</td> </tr> </table>	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)	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"/> 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 (法人にあっては、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)	氏 名	フリガナ	薬 局 の 所 在 地	住 所(〒 —)	フリガナ	ローマ字表記
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)																																							
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 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)	法人の名称																																							
	フリガナ																																							
	氏 名																																							
	フリガナ																																							
薬 局 の 管 理 者 (管理薬剤師)	氏 名																																							
	フリガナ																																							
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)																																							
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"/> 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 (法人にあっては、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)	氏 名																																							
	フリガナ																																							
薬 局 の 所 在 地	住 所(〒 —)																																							
	フリガナ																																							
	ローマ字表記																																							

改正後	現行																														
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="290 348 587 569">薬局の所在地</td> <td data-bbox="587 348 1249 569">住所(〒) フリガナ ローマ字表記</td> </tr> <tr> <td data-bbox="290 569 587 684">電話番号及びファクシミリ番号</td> <td data-bbox="587 569 1249 684">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</td> </tr> <tr> <td data-bbox="290 684 587 779">営業日</td> <td data-bbox="587 684 1249 779">月:□ 火:□ 水:□ 木:□ 金:□ 土:□ 日:□ 祝:□ 年末年始:□ お盆:□ その他()</td> </tr> <tr> <td data-bbox="290 779 587 936">開店時間</td> <td data-bbox="587 779 1249 936">開店時間 開店時間外(休日夜間)の対応</td> </tr> <tr> <td data-bbox="290 936 587 1031">開店時間外で相談できる時間</td> <td data-bbox="587 936 1249 1031"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="290 1031 587 1094">地域連携薬局の設定の有無</td> <td data-bbox="587 1031 1249 1094"><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td data-bbox="290 1094 587 1171">専門医療機関連携薬局の設定の有無</td> <td data-bbox="587 1094 1249 1171"><input type="checkbox"/>有(認定を受けた傷病の区分:) <input type="checkbox"/>無</td> </tr> </table>	薬局の所在地	住所(〒) 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:□ 火:□ 水:□ 木:□ 金:□ 土:□ 日:□ 祝:□ 年末年始:□ お盆:□ 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		地域連携薬局の設定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	専門医療機関連携薬局の設定の有無	<input type="checkbox"/> 有(認定を受けた傷病の区分:) <input type="checkbox"/> 無	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1665 296 1961 411">電話番号及びファクシミリ番号</td> <td data-bbox="1961 296 2623 411">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</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1665 411 1961 506">営業日</td> <td data-bbox="1961 411 2623 506">月:□ 火:□ 水:□ 木:□ 金:□ 土:□ 日:□ 祝:□ 年末年始:□ お盆:□ その他()</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1665 506 1961 663">開店時間</td> <td data-bbox="1961 506 2623 663">開店時間 開店時間外(休日夜間)の対応</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1665 663 1961 737">開店時間外で相談できる時間</td> <td data-bbox="1961 663 2623 737"></td> </tr> </table> <p>(2) 薬局へのアクセス</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="1665 800 1961 915">薬局までの主な利用交通手段</td> <td data-bbox="1961 800 2623 915"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1665 915 1961 1010">薬局の駐車場</td> <td data-bbox="1961 915 2623 1010"><input type="checkbox"/>有 駐車台数 台 <input type="checkbox"/>有料 <input type="checkbox"/>無料 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1665 1010 1961 1073">ホームページアドレス</td> <td data-bbox="1961 1010 2623 1073">http://</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1665 1073 1961 1136">電子メールアドレス</td> <td data-bbox="1961 1073 2623 1136"></td> </tr> </table>	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:□ 火:□ 水:□ 木:□ 金:□ 土:□ 日:□ 祝:□ 年末年始:□ お盆:□ 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		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	http://	電子メールアドレス	
薬局の所在地	住所(〒) 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:□ 火:□ 水:□ 木:□ 金:□ 土:□ 日:□ 祝:□ 年末年始:□ お盆:□ 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																															
地域連携薬局の設定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																														
専門医療機関連携薬局の設定の有無	<input type="checkbox"/> 有(認定を受けた傷病の区分:) <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																														
営業日	月:□ 火:□ 水:□ 木:□ 金:□ 土:□ 日:□ 祝:□ 年末年始:□ お盆:□ 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																															
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	http://																														
電子メールアドレス																															
<p>(2) 薬局へのアクセス</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="290 1234 587 1329">薬局までの主な利用交通手段</td> <td data-bbox="587 1234 1249 1329"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="290 1329 587 1423">薬局の駐車場</td> <td data-bbox="587 1329 1249 1423"><input type="checkbox"/>有 駐車台数 台 <input type="checkbox"/>有料 <input type="checkbox"/>無料 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td data-bbox="290 1423 587 1486">ホームページアドレス</td> <td data-bbox="587 1423 1249 1486"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="290 1486 587 1549">電子メールアドレス</td> <td data-bbox="587 1486 1249 1549"></td> </tr> </table> <p>(3) 薬局サービス等</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="290 1602 587 1665">健康サポート薬局である旨の表示</td> <td data-bbox="587 1602 1249 1665"><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td data-bbox="290 1665 587 1728">相談に対する対応の可否</td> <td data-bbox="587 1665 1249 1728">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</td> </tr> </table>	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		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	<p>(3) 薬局サービス等</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="1665 1203 1961 1266">健康サポート薬局である旨の表示</td> <td data-bbox="1961 1203 2623 1266"><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1665 1266 1961 1339">相談に対する対応の可否</td> <td data-bbox="1961 1266 2623 1339">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</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1665 1339 1961 1402">薬剤師不在時間の有無</td> <td data-bbox="1961 1339 2623 1402"><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1665 1402 1961 1591">対応することができる外国語の種類</td> <td data-bbox="1961 1402 2623 1591">対応可能な外国語の種類 <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</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1665 1591 1961 1665">聴覚障害者に対する配慮</td> <td data-bbox="1961 1591 2623 1665">対応のレベル <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</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1665 1665 1961 1728">視覚障害者に対する配慮</td> <td data-bbox="1961 1665 2623 1728"><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</td> </tr> </table>	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	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	対応可能な外国語の種類 <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	聴覚障害者に対する配慮	対応のレベル <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						
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																															
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																														
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																														
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	対応可能な外国語の種類 <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																														
聴覚障害者に対する配慮	対応のレベル <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																														

福岡県医薬品、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施行細則新旧対照表

改正後	現行																																									
<table border="1"> <tr> <td>薬剤師不在時間の有無</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>対応することができる外国語の種類</td> <td>対応可能な外国語の種類 <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 対応のレベル</td> </tr> <tr> <td>聴覚障害者に対する配慮</td> <td><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</td> </tr> <tr> <td>視覚障害者に対する配慮</td> <td><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</td> </tr> <tr> <td>車椅子の利用者に対する配慮</td> <td>車椅子での来局 <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）</td> </tr> </table>	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	対応可能な外国語の種類 <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 対応のレベル	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	車椅子での来局 <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）	<table border="1"> <tr> <td>車椅子の利用者に対する配慮</td> <td>車椅子での来局 <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）</td> </tr> <tr> <td>受動喫煙を防止するための措置</td> <td><input type="checkbox"/>全面禁煙 <input type="checkbox"/>喫煙所設置 <input type="checkbox"/>未実施</td> </tr> </table>	車椅子の利用者に対する配慮	車椅子での来局 <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）	受動喫煙を防止するための措置	<input type="checkbox"/> 全面禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙所設置 <input type="checkbox"/> 未実施																											
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	対応可能な外国語の種類 <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 対応のレベル																																									
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	車椅子での来局 <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）																																									
車椅子の利用者に対する配慮	車椅子での来局 <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）																																									
受動喫煙を防止するための措置	<input type="checkbox"/> 全面禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙所設置 <input type="checkbox"/> 未実施																																									
<p>(4) 費用負担</p> <table border="1"> <tr> <td>医療保険及び公費負担等の取扱い</td> <td>保険薬局の指定 <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</td> </tr> <tr> <td>クレジットカードによる料金の支払の可否</td> <td><input type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>否 取扱カードの種類</td> </tr> </table>	医療保険及び公費負担等の取扱い	保険薬局の指定 <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 取扱カードの種類	<p>(4) 費用負担</p> <table border="1"> <tr> <td>医療保険及び公費負担等の取扱い</td> <td>保険薬局の指定 <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</td> </tr> <tr> <td>クレジットカードによる料金の支払の可否</td> <td><input type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>否 取扱カードの種類</td> </tr> </table>	医療保険及び公費負担等の取扱い	保険薬局の指定 <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 取扱カードの種類																																	
医療保険及び公費負担等の取扱い	保険薬局の指定 <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 取扱カードの種類																																									
医療保険及び公費負担等の取扱い	保険薬局の指定 <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 取扱カードの種類																																									
<p>2 提供サービスや地域連携体制に関する事項</p> <p>(1) 業務内容、提供サービス</p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">認定薬剤師の種類及び人数</td> <td>認定名称、認定団体名及び各認定薬剤師の人数</td> <td></td> </tr> <tr> <td>合計人数</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>上記合計人数のうち、公益社団法人薬剤師認定制度認証機構の認証を受けた認定薬剤師の人数</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師の人数</td> <td></td> <td>人</td> </tr> </table>	認定薬剤師の種類及び人数	認定名称、認定団体名及び各認定薬剤師の人数		合計人数	人	上記合計人数のうち、公益社団法人薬剤師認定制度認証機構の認証を受けた認定薬剤師の人数	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	<p>2 提供サービスや地域連携体制に関する事項</p> <p>(1) 業務内容、提供サービス</p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">認定薬剤師の種類及び人数</td> <td>認定名称、認定団体名及び各認定薬剤師の人数</td> <td></td> </tr> <tr> <td>合計人数</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>上記合計人数のうち、公益社団法人薬剤師認定制度認証機構の認証を受けた認定薬剤師の人数</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師の人数</td> <td></td> <td>人</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td rowspan="10">薬局の業務内容</td> <td>無菌調剤実施の可否</td> <td><input type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> <tr> <td>一包化調剤実施の可否</td> <td><input type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> <tr> <td>麻薬調剤実施の可否</td> <td><input type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> <tr> <td>浸煎薬、湯薬調剤実施の可否</td> <td><input type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> <tr> <td>薬局製剤実施の可否</td> <td><input type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> <tr> <td>在宅患者訪問調剤実施の可否</td> <td><input type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> <tr> <td>薬歴管理実施の有無</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>電磁的記録による薬歴管理実施の有無</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>「お薬手帳」交付の可否</td> <td><input type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> <tr> <td>「電子版お薬手帳」対応の可否</td> <td><input type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> </table>	認定薬剤師の種類及び人数	認定名称、認定団体名及び各認定薬剤師の人数		合計人数	人	上記合計人数のうち、公益社団法人薬剤師認定制度認証機構の認証を受けた認定薬剤師の人数	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	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	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
認定薬剤師の種類及び人数		認定名称、認定団体名及び各認定薬剤師の人数																																								
		合計人数	人																																							
	上記合計人数のうち、公益社団法人薬剤師認定制度認証機構の認証を受けた認定薬剤師の人数	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																																								
認定薬剤師の種類及び人数	認定名称、認定団体名及び各認定薬剤師の人数																																									
	合計人数	人																																								
	上記合計人数のうち、公益社団法人薬剤師認定制度認証機構の認証を受けた認定薬剤師の人数	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																																								
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																																								
	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																																								

改正後	現行																																																																																											
<table border="1"> <tr> <td rowspan="14">薬局の業務内容</td> <td>無菌調剤実施の可否</td> <td><input type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> <tr> <td>一包化調剤実施の可否</td> <td><input type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> <tr> <td>麻薬調剤実施の可否</td> <td><input type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> <tr> <td>浸煎薬、湯薬調剤実施の可否</td> <td><input type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> <tr> <td>薬局製剤実施の可否</td> <td><input type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> <tr> <td>在宅患者訪問調剤実施の可否</td> <td><input type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> <tr> <td><u>オンライン服薬指導の実施の可否</u></td> <td><input type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> <tr> <td><u>電磁的記録をもって作成された処方箋の受付の可否</u></td> <td><input type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> <tr> <td>薬歴管理実施の有無</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>電磁的記録による薬歴管理実施の有無</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>「お薬手帳」交付の可否</td> <td><input type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> <tr> <td>「電子版お薬手帳」対応の可否</td> <td><input type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> <tr> <td rowspan="8">地域医療連携体制</td> <td>医療連携の有無</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>ブレアポイド事例の把握・収集に関する取組の有無</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>プロトコルに基づいた薬物治療管理の取組の有無</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>地域医療情報連携ネットワークへの参加の有無</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td><u>入院時の情報を共有する体制の有無</u></td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>退院時の情報を共有する体制の有無</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>受診勧奨情報等を医療機関に提供する体制の有無</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>地域住民への啓発活動への参加の有無</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> </table>	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	<u>オンライン服薬指導の実施の可否</u>	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	<u>電磁的記録をもって作成された処方箋の受付の可否</u>	<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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	ブレアポイド事例の把握・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	<u>入院時の情報を共有する体制の有無</u>	<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	<table border="1"> <tr> <td rowspan="8">地域医療連携体制</td> <td>医療連携の有無</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>ブレアポイド事例の把握・収集に関する取組の有無</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>プロトコルに基づいた薬物治療管理の取組の有無</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>地域医療情報連携ネットワークへの参加の有無</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>退院時の情報を共有する体制の有無</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>受診勧奨情報等を医療機関に提供する体制の有無</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>地域住民への啓発活動への参加の有無</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td colspan="3">3 実績、結果等に関する事項</td> </tr> <tr> <td>薬局の薬剤師数</td> <td colspan="2">人</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">医療安全対策の実施</td> <td>副作用報告の実施件数</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>医療安全対策事業への参加の有無</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>情報開示の体制</td> <td>情報開示の可否</td> <td><input type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> <tr> <td>症例検討体制</td> <td>症例等検討実施の有無</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>患者数</td> <td>延べ患者数(前年1月1日～12月31日の人数)</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td colspan="2">件</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td colspan="2">回</td> </tr> <tr> <td>患者の服薬状況等を医療機関に提供した回数</td> <td colspan="2">回</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">患者満足度の調査</td> <td>アンケート等調査実施の有無</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>調査結果提供の有無</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> </table>	地域医療連携体制	医療連携の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	ブレアポイド事例の把握・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	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	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
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																																																																																									
		<u>オンライン服薬指導の実施の可否</u>	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否																																																																																									
		<u>電磁的記録をもって作成された処方箋の受付の可否</u>	<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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																																																																																								
	ブレアポイド事例の把握・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																																																																																											
<u>入院時の情報を共有する体制の有無</u>	<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																																																																																											
地域医療連携体制	医療連携の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																																																																																										
	ブレアポイド事例の把握・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																																																																																										
	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																																																																																										
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																																																																																										
<p>3 実績、結果等に関する事項</p> <table border="1"> <tr> <td>薬局の薬剤師数</td> <td colspan="2">人</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">医療安全対策の実施</td> <td>副作用報告の実施件数</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>医療安全対策事業への参加の有無</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td><u>感染防止対策の実施</u></td> <td><u>感染防止対策の実施の有無</u></td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>情報開示の体制</td> <td>情報開示の可否</td> <td><input type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> <tr> <td>症例検討体制</td> <td>症例等検討実施の有無</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>患者数</td> <td>延べ患者数(前年1月1日～12月31日の人数)</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td colspan="2">件</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td colspan="2">回</td> </tr> <tr> <td>患者の服薬状況等を医療機関に提供した回数</td> <td colspan="2">回</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">患者満足度の調査</td> <td>アンケート等調査実施の有無</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>調査結果提供の有無</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> </table>	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	<u>感染防止対策の実施</u>	<u>感染防止対策の実施の有無</u>	<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	<table border="1"> <tr> <td>3 実績、結果等に関する事項</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>薬局の薬剤師数</td> <td colspan="2">人</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">医療安全対策の実施</td> <td>副作用報告の実施件数</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>医療安全対策事業への参加の有無</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>情報開示の体制</td> <td>情報開示の可否</td> <td><input type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> <tr> <td>症例検討体制</td> <td>症例等検討実施の有無</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>患者数</td> <td>延べ患者数(前年1月1日～12月31日の人数)</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td colspan="2">件</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td colspan="2">回</td> </tr> <tr> <td>患者の服薬状況等を医療機関に提供した回数</td> <td colspan="2">回</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">患者満足度の調査</td> <td>アンケート等調査実施の有無</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>調査結果提供の有無</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> </table>	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	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																							
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																																																																																										
<u>感染防止対策の実施</u>	<u>感染防止対策の実施の有無</u>	<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																																																																																										
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																																																																																										
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																																																																																										

改正後	現行																																				
<p>4 地域連携薬局等に関する事項</p> <p>(1) 地域連携薬局</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>実績の対象期間 (認定(更新)申請の前月までの1年間)</th> <th>年 月 ~ 年 月</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>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</td> <td style="text-align: center;">人</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td> 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 </td> </tr> <tr> <td>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</td> <td style="text-align: center;">回</td> </tr> <tr> <td>在庫として保管する医薬品を必要場合に地域に おける他の薬局開設者に提供した回数</td> <td style="text-align: center;">回</td> </tr> <tr> <td>麻薬に係る調剤を行った回数</td> <td style="text-align: center;">回</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">無菌製剤処理に係る 調剤を実施した回数</td> <td>当該薬局において実施した回数 回</td> </tr> <tr> <td>他の薬局の無菌調剤室を利用して実施した回数 回</td> </tr> <tr> <td>他の薬局を紹介する等により実施した回数 回</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td style="text-align: center;">回</td> </tr> <tr> <td>居室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</td> <td style="text-align: center;">回</td> </tr> </tbody> </table> <p>(2) 専門医療機関連携薬局(傷病の区分:)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>実績の対象期間 (認定(更新)申請の前月までの1年間)</th> <th>年 月 ~ 年 月</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>傷病の区分ごとの専門性の認定を 受けた薬剤師の人数</td> <td style="text-align: center;">人</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td style="text-align: center;">回</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td style="text-align: center;">回</td> </tr> <tr> <td>在庫として保管する傷病の区分に係る 医薬品を必要場合に地域における 他の薬局開設者に提供した回数</td> <td style="text-align: center;">回</td> </tr> <tr> <td>麻薬に係る調剤を行った回数</td> <td style="text-align: center;">回</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td style="text-align: center;">回</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td style="text-align: center;">回</td> </tr> </tbody> </table>		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	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	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	居室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	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
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	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																																				
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																																				
居室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																																				
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																																				
<p>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。</p>																																					