

愛知県医療機能情報調査票（薬局用）

【目次】

No.	項 目	
1	連絡担当者	1
2	基本情報	
	（1）薬局の名称	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）薬局の案内用の電話番号及びFAX番号	2
	（6）開店日・開店時間	3
	（7）時間外における対応	4
3	薬局へのアクセス	
	（1）薬局までの主な利用交通手段	5
	（2）薬局保有の駐車場	5
	（3）案内用ホームページアドレス	5
	（4）案内用電子メールアドレス	5
4	薬局サービス等	
	（1）相談に対する対応の可否	6
	（2）健康サポート薬局	6
	（3）薬剤師不在時間	6
	（4）障害者に対する配慮	7
	（5）車椅子の利用者に対する配慮	7
	（6）受動喫煙を防止するための措置	7
	（7）薬局の業務内容	7
	（8）対応することができる外国語の種類	8
5	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
6	地域医療連携体制	
	（1）地域医療連携体制	10
7	実績、結果等に関する事項	
	（1）薬局の薬剤師数	11
	（2）認定薬剤師の種類及び人数	11
	（3）医療安全対策	11
	（4）情報開示の体制	11
	（5）症例を検討するための会議等の開催	11
	（6）処方せんを応需した者の数	11
	（7）患者満足度の調査	11

【1 連絡担当者】

本調査票の記入内容に関して、お問い合わせをさせていただく担当者を記入してください。

必須	記入日	平成		年		月		日	
必須	記入者フリガナ								
必須	記入者								
	役職名								
	所属								
必須	連絡先電話番号				－			－	内線
	連絡先 F A X 番号				－			－	
	電子メールアドレス								

【2 基本情報】

(1) 薬局の名称

※貴局の正式名称と略称を記入してください。

必須	正式名称フリガナ (許可証に記載してある名称)																		
必須	正式名称 (許可証に記載してある名称)																		
	略称・フリガナ ※略称は通常簡略化して使用されている名称を記入してください。																		
	略称 ※略称は通常簡略化して使用されている名称を記入してください。																		
必須	英語表記 (ローマ字表記)																		

(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

※開設者が法人の場合は、正式な法人名を記入してください。

※開設者が法人の場合は、正式な法人名を記入してください。

必須 開設者名(フリガナ)

必須開設者名

管理者名(フリガナ)

管理者名(フリガナ)

必須 管理者名(フリガナ)

必須 管理者名

※所在地の「字(あざ)」表記は省略して記入してください。

※所在地の「字(あざ)」表記は省略して記入してください。

必須 郵便番号

※必ず7桁で記入してください。

必須 所在地フリガナ

必須	所在地
----	-----

※ビル名、号室等まで正確に記入してください。

必須 英語表記

(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-cho marumaru-city

住民へ案内する薬局の電話番号・FAX番号を記入してください。（代表電話番号、受付電話番号等）

住民へ案内する薬局の電話番号・FAX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) 住民案内用電話番号

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

2) 夜間・休日住民案内用電話番号 ※夜間・休日の住民案内用電話番号がある場合は、以下に番号を記入してください。

[illegible]

3) 住民案内用FAX番号

[illegible]

(6) 開店日・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。
開店日である場合、基本となる開店時間どおりであれば「○」を記入し、異なる開店時間であればその時間帯を記入してください。
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
土曜
日曜・祝日

開店時間
開店時間
休業日

10時
10時
～
～
20時
19時

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	○	○	10:00～19:00	
時間帯2				
時間帯3				

来局特記事項	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				

(特定時間のみの開店、あるいは年末年始、お盆など特定の休業日等に関すること)

[illegible]

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		03	夜間・休日営業の地域輪番・当番制に参加	
02	24時間対応可能				

各項目について、記入、又は、「該当」欄に「○」を記入してください。

※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。

[illegible]

・「〇線〇駅より〇方へ徒歩〇分」「〇バス〇バス停より〇方へ徒歩〇分、〇〇通り〇郵便局前」などを記入してください。

※地図などの記入は不可

薬局において所有する駐車場、または契約等により薬局に訪れた患者等が自由に使用できる駐車場を保有している場合、「該当」欄に「○」を記入してください。

また、保有する駐車場の台数を有料、無料の台数で記入してください。

[illegible]

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	:	/	/												
ホームページが有料	※ホームページが有料である場合「○」を記入し、その他に特記事項がある場合は以下に記入してください。																		
特記事項																			

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。

[illegible]

【4 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」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. 通常、処方箋の応需義務における対応窓口

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

2. 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															
連絡先電話番号															

3. 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															
連絡先電話番号															

※他に相談等を実施している場合は具体的に以下に記入してください。

(2) 健康サポート薬局

健康サポート薬局である旨の表示	
-----------------	--

※健康サポート薬局である旨を表示するときは、健康サポート薬局に関して厚生労働大臣が定める基準に適合するものであることを明らかにする書類を添付し、あらかじめ届け出ていること。

(3) 薬剤師不在時間

薬剤師不在時間	
---------	--

※薬剤師不在時間とは、開店時間のうち、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を表します。薬剤師が不在の場合でも開局することがあり得る場合は、あらかじめ届け出ていること。

(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			

2. 視覚障害者に対する配慮

項目名	該当	項目名	該当
01 音声表示対応		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)		04 身体障害者用トイレ設置	
02 スロープ設置		05 車椅子利用者用駐車場	
03 手すり設置		06 昇降装置	

(6) 受動喫煙を防止するための措置

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			

※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。

(7) 薬局の業務内容

対応することができる業務内容が実施している、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	該当
01 無菌製剤処理に係る調剤の実施の可否	
02 一包装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の実施の可否	
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の実施の可否	
07 薬剤服用歴管理の実施の有無	
08 薬剤情報を記載するための手帳の交付の可否	

(8) 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。

必須	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該当する対応レベルに「○」を記入してください。

言語	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

レベル1	言葉に不自由することなく診療が可能
レベル2	日常会話程度の会話力ではあるが診療が可能
レベル3	会話の自信はないが図示や単語の羅列で診療が可能
レベル4	対応不可

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。

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

【5 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		05	母子保健法	
02	生活保護法		06	公害健康被害の補償等に関する法律	
03	感染症法		07	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律	
04	戦傷病者特別援護法		08	障害者総合支援法	

(2) クレジットカードによる料金の支払いの可否

クレジットカードによる支払いが可能な場合、「該当」欄に「○」を記入し、使用可能なカードの種類を以下に記入してください。

項目名		該当
01	クレジットカードによる料金の支払い	

【6 地域医療連携体制】

（１）地域医療連携体制

1. 医療連携

医療機関と連携した在宅医療を実施している場合、又は通常の開店日、開店時間外対応のため、周辺の薬局で構成する輪番制に参加している場合は「地域医療連携体制の有無」に「○」を記入してください。

地域医療連携体制の有無	
-------------	--

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	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> — — </div>															
FAX番号	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> — — </div>															
ホームページアドレス	h t t p : / /															
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
01	地域住民に対して開催している薬の特性や適正使用の必要性等に関する講習会	
02	学校教育等の啓発活動	

該当する項目に「○」、または人数を記入してください。

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。

認定薬剤師の種類及び人数を記入してください。

※常勤、非常勤にかかわらず、実数を記入してください。

薬事に関する実務（調剤等業務、薬物治療、医薬品開発）について、中立的かつ公共性のある団体に認定され、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種類及び人数を記載してください。ただし、保護司、麻薬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。

医薬品の使用にかかわる安全な管理のための管理責任者の配置

※その他法の規定に基づいて実施する医薬品の業務にかかわる医療の安全を確保するための措置に関する情報

調剤録、薬暦、レセプト等の情報開示実施

症例を検討するための会議等の開催

※この項目は、実績等の数値が前年と同じ場合を除き、毎年報告が必要です。

※前年に処方せんを応需した延べ患者数を記入してください。

患者満足度調査の実施（過去一年以内）11