

改正後

(削る)

改正前

様式第6号(第5条関係)

薬局機能情報報告書

年 月 日

福岡県知事 殿

郵便番号(〒 — )

フリガナ

住 所(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

フリガナ

氏 名(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

電話番号 ( ) —

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。

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)
---------	--

1 管理、運営、サービス等に関する事項

(1) 基本情報

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 (法人にあつては、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 )	フリガナ
	氏 名
	フリガナ

薬局の所在地	住所(〒 — )
	フリガナ
	ローマ字表記
薬局の面積	m <sup>2</sup>
店舗販売業の併設の有無	<input type="checkbox"/> 有 <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
電子メールアドレス	
営業日	
開店時間	
開店時間外で相談できる時間	
健康サポート薬局である旨の 表示の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
地域連携薬局 の認定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
専門医療機関連携薬局 の認定の有無及び認定の区分	<input type="checkbox"/> 有 (認定を受けた傷病の区分 : ) <input type="checkbox"/> 無

(2) 薬局へのアクセス

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	

(3) 薬局サービス等

相談に対する対応の可否	
相談できるサービスの利用方法	
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	
障がい者に対する配慮	
車椅子の利用者に対する配慮	
特定販売の実施	特定販売を行う際に使用する通信手段  特定販売を行う時間  特定販売により販売を行う医薬品の区分
薬局製剤実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
薬局医薬品の取扱品目数	品目
要指導医薬品及び一般用医薬品の取扱品目数	品目
健康増進法第43条第6項に規定する特別用途食品の取扱いの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
配送サービスの利用	配送サービス利用の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否  配送サービスの利用方法  配送サービスの利用料

(4) 費用負担

医療保険及び公費負担等の取扱い	
電子決済による料金の支払の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否

2 提供サービスや地域連携体制に関する事項

(1) 業務内容、提供サービス

認定薬剤師（中立的かつ公共性のある団体により認定された薬剤師、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	
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

	登録販売者 その他資格者の人数		
	薬局の業務内容	無菌製剤処理に係る調剤の実施の可否 (他の薬局の無菌製剤室を利用する場合を含む。)	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
		無菌調剤室の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		クリーンベンチの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		安全キャビネットの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		無菌製剤処理に係る調剤を当該薬局において実施した回数	回
		無菌製剤処理に係る調剤を他の薬局の無菌調剤室を利用して実施した回数	回
		一包化に係る調剤の実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
		麻薬に係る調剤の実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
		麻薬に係る調剤を実施した回数	回
		浸煎薬及び湯薬に係る調剤の実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
		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	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
		医療を受ける者の居宅等において行う調剤業務を実施した件数	件
		携帯型ディスプレイ注入ポンプの取扱いの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		小児の訪問薬剤管理指導の実績の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		医療的ケア児への薬学的管理・指導の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
		オンライン服薬指導の実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
		オンライン服薬指導の実施の方法	
		オンライン服薬指導を実施した回数	回
		マイナンバーカードの保険証利用により取得した薬剤情報等を活用した調剤の実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
電子処方箋の受付の可否		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
リフィル処方箋の対応実績の件数	件		
電磁的記録による薬剤服用歴管理の実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

		お薬手帳の交付の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
		電子版お薬手帳の対応の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
		緊急避妊薬の調剤の対応可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
		オンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤の対応可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
		高度管理医療機器の販売業許可の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		高度管理医療機器の貸与業許可の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		検体測定室の実施	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		災害・新興感染症への対応	
	地 域 医 療 連 携 体 制	医療連携の有無	<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
		入院時の情報を共有する体制の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		入院時の情報を共有した回数	回
		退院時の情報を共有する体制の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		退院時の情報を共有した回数	回
		入院時及び退院時の情報共有のほか、地域における薬剤及び医薬品の適正な使用の推進及び効率的な提供に必要な情報を共有した回数	回
		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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		受診勧奨に係る情報等を医療機関に提供した実績の有無	<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
		調剤報酬上の位置付け	
		(2) 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	副作用等に係る報告を実施した件数	件	
	医療安全対策に係る事業への参加の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

感染防止対策の実施の有無		<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
症例を検討するための会議等の開催の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
総取扱処方箋数		枚
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（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）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		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	調査の実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	調査結果の提供の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

(3) 地域連携薬局等に関する事項

地域連携薬局	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
	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
	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
専門医療機関連携薬局	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
	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

3 その他医療を受ける者による薬局の選択に資する事項

--

様式第6号 (第6条関係)

略

様式第7号 (第6条関係)

略

(削る)

様式第8号(第8条関係)

業務従事証明書

年 月 日

殿

薬局開設者又は医薬品の販売業者  
住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏名(法人にあつては名称及び代表者の氏名)  
(記名押印又は署名)

以下のとおりであることを証明します。

氏 名	(生年月日 年 月 日)
住 所	
販売従事登録年月日 及び登録番号	
薬局、店舗の名称 及び許可番号	
薬局若しくは店舗 の所在地又は配置 販売業の区域	

(従事した業務の種類)

- 要指導医薬品又は第一類医薬品を販売し、又は授与する薬局において登録販売者として業務に従事した。
- 薬剤師が店舗管理者である要指導医薬品又は第一類医薬品を販売し、又は授与する店舗販売業において登録販売者として業務に従事した。
- 薬剤師が区域管理者である第一類医薬品を配置販売する配置販売業において登録販売者として業務に従事した。
- 第一類医薬品を販売し、又は授与する店舗の店舗管理者として業務に従事した。
- 第一類医薬品を配置販売する区域の区域管理者として業務に従事した。

(業務に従事した期間等)

- 次の期間において、全ての月について1か月に合計80時間以上、上記の業務に従事した。
- 次の期間において、合計 時間、上記の業務に従事した。

年 月 ~ 年 月 ( 年 月間)

- 注 1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。  
2 字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書くこと。  
3 従事した業務の種類及び業務に従事した期間等は、該当するものをそれぞれ1つ選択すること。



(削る)

様式第9号(第8条関係)

業務  
実務 従事証明書

年 月 日

殿

薬局開設者又は医薬品の販売業者  
住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏名(法人にあつては名称及び代表者の氏名)  
(記名押印又は署名)

以下のとおりであることを証明します。

氏 名	(生年月日 年 月 日)
住 所	
販売従事登録年月日 及び登録番号	
薬局、店舗の名称 及び許可番号	
薬局若しくは店舗 の所在地又は配置 販売業の区域	

1 薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で 業務  
実務 に従事した期間等

次の期間において、全ての月について1か月に合計80時間以上従事した。

次の期間において、合計 時間従事した。

年 月 ~ 年 月 ( 年 月間)

2 店舗管理者又は区域管理者として業務に従事した期間等

年 月 ~ 年 月 ( 年 月間)

3 外部研修の受講

修了年月日	研修実施機関

(裏面)

- 注 1 用紙の大きさは、日本産業規格Mとする。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書くこと。
- 3 登録販売者について証明する場合は様式中の「実務」の文字を二重線で消し、一般従事者について証明する場合は「業務」の文字を二重線で消すこと。
- 4 「1 薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で業務・実務に従事した期間等」、「2 店舗管理者又は区域管理者として業務に従事した期間等」及び「3 外部研修の受講」については、該当する事項を全て記載すること。
- 5 登録販売者について証明する場合は、「1 薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で業務に従事した期間等」及び「2 店舗管理者又は区域管理者として業務に従事した期間等」について、以下の業務に従事した期間を記載すること。
- ・主に一般用医薬品の販売等の直接の業務
  - ・一般用医薬品の販売時の情報提供業務
  - ・一般用医薬品に関する相談対応業務
  - ・一般用医薬品の販売制度の内容等の説明業務
  - ・一般用医薬品の管理や貯蔵に関する業務
  - ・一般用医薬品の陳列や広告に関する業務
- 6 一般従事者について証明する場合は、販売従事登録年月日及び登録番号は空欄とし、「1 薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で実務に従事した期間等」について、以下の実務に従事した期間を記載すること。
- ・主に一般用医薬品の販売等を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
  - ・一般用医薬品の販売時の情報提供を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
  - ・一般用医薬品に関する相談があった場合の対応を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
  - ・一般用医薬品の販売制度の内容等の説明の方法を知ることができる実務
  - ・一般用医薬品の管理や貯蔵に関する実務
  - ・一般用医薬品の陳列や広告に関する実務
- 7 業務の従事期間が2年以上である登録販売者について証明する場合は、「薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で業務に従事した期間」を「業務期間」と読み替える。
- 8 「3 外部研修の受講」については、「登録販売者の資質向上のための外部研修に関するガイドライン（薬局開設者並びに店舗販売業者及び配置販売業者が委託して行う外部研修について）」（平成24年3月26日薬食総発0326第1号厚生労働省医薬食品局総務課長通知別添）に定める研修と同等以上の研修について記載すること。

(削る)

様式第 10 号 (第 8 条関係)

業務経験証明書

年 月 日

福岡県知事 殿

卸売販売業者又は再生医療等製品の販売業者  
住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏名 (法人にあつては名称及び代表者の氏名)  
(記名押印又は署名)

下記の者の業務経験は、以下のとおりであることを証明します。

氏 名	(生年月日・ 年 月 日)
住 所	〒
業 務 の 種 別	
許 可 番 号	
営 業 所 の 名 称	
営 業 所 の 所 在 地	

1 業務期間 年 月 ~ 年 月 ( 年 月間)

2 業務内容 (上記営業所において業務期間内に行われた業務の該当する□にレを記入すること。)

- 指定卸売医療用ガス類の販売又は授与に関する業務に従事した。
- 指定卸売歯科用医薬品の販売又は授与に関する業務に従事した。
- 再生医療等製品の販売又は授与に関する業務に従事した。

注 1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

2 字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書くこと。

様式第7号 (第8条関係)

略

様式第8号 (第9条関係)

略

様式第9号 (第10条関係)

略

様式第10号 (第11条関係)

略

様式第11号 (第12条関係)

略

様式第12号 (第13条関係)

略

様式第13号 (第14条関係)

略

様式第14号 (第15条関係)

略

様式第11号 (第9条関係)

略

様式第12号 (第10条関係)

略

様式第13号 (第11条関係)

略

様式第14号 (第12条関係)

略

様式第15号 (第13条関係)

略

様式第16号 (第14条関係)

略

様式第17号 (第15条関係)

略

様式第18号 (第16条関係)

略