

【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）案内用ホームページアドレス	3
	（7）案内用電子メールアドレス	3
	（8）営業日・開店時間	4
	（9）休業日	5
	（10）開店時間外における対応	5
3	薬局へのアクセス	
	（1）薬局までの主な利用交通手段	6
	（2）薬局の駐車場	6
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	7
	（2）相談に対する対応の可否	7
	（3）薬剤師の不在時間	8
	（4）障害者に対する配慮	8
	（5）車椅子の利用者に対するサービス内容	8
	（6）受動喫煙防止対策	8
	（7）外国語対応	9
5	費用負担等	
	（1）医療保険及び公費負担の取扱い	10
	（2）クレジットカードによる料金の支払いの可否	10
6	業務内容、提供サービス	
	（1）認定薬剤師の種類及び人数	11
	（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	11
	（3）業務の内容	11
	（4）地域医療連携体制	12
7	実績、結果等に関する事項	
	（1）薬局の薬剤師数	13
	（2）医療安全対策の実施	13
	（3）医療安全対策に係る事業への参加	13
	（4）情報開示の体制	13
	（5）症例を検討するための会議等の開催の有無	13
	（6）処方せんを応需した数（患者数） 前年に処方せんを応需した延べ人数	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	13
	（8）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をいう。）その他地域包括ケアシステム構築のための会議に参加した回数	13
	（9）患者の服薬状況等を医療機関に提供した回数	13
	（10）患者満足度の調査	13

【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き担当者を記入してください。

記入日	2	0	0	0	4	1										
記入者フリガナ	ヒ	ロ	シ	マ	タ	ロ	ウ									
記入者	広	島	太	郎												
役職名	主	任														
所属	薬	務														
連絡先電話番号	0	8	2	-	0	0	0	-	0	0	0	0	内線			
連絡先FAX番号	0	8	2	-	0	0	0	-	0	0	0	0				
電子メールアドレス	h	i	r	o	s	h	i	m	a	@	x	x	x	.	j	p

【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。

正式名称フリガナ (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届出正式名称)	カ	ブ	シ	キ	ガ	イ	シ	ャ	ヒ	ロ	シ	マ	ヤ	ツ	キ	ヨ	ク
正式名称 (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届出正式名称)	株	式	会	社	広	島	薬	局									
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。	ヒ	ロ	シ	マ	ヤ	ツ	キ	ヨ	ク								
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。	広	島	薬	局													
英語表記 (ローマ字表記)	H	i	r	o	s	h	i	m	a	Y	a	k	k	y	o	k	u

(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 ※法人にあっては、名称及び代表者の氏名とし、株式会社等の表記を略さず記入してください。

開設者名(フリガナ)	カ	ブ	シ	キ	ガ	イ	シ	ヤ		ヒ	ロ	シ	マ	ヤ	ツ	キ	ヨ	ク			
	ダ	イ	ヒ	ヨ	ウ	ト	リ	シ	マ	リ		ヒ	ロ	シ	マ		ジ	ロ	ウ		
開設者名(漢字)	株	式	会	社							広	島	薬	局							
	代	表	取	締	役						広	島	二	郎							

開設者が法人の場合、代表者の氏名

代表者名(フリガナ)	ヒ	ロ	シ	マ		ジ	ロ	ウ														
代表者名(漢字)	広	島				二	郎															

(3) 薬局の管理者

管理者名(フリガナ)	ヒ	ロ	シ	マ		タ	ロ	ウ														
管理者名(漢字)	広	島				太	郎															

(4) 薬局の所在地

郵便番号	0	0	0	-	0	0	0	0	※必ず7桁で記入してください。														
所在地(フリガナ)	ヒ	ロ	シ	マ	シ	ナ	カ	ク	〇	〇	チ	ョ	ウ	1	-	1	ヒ	ロ	シ	マ			
	ビル	2	カ	イ																			
所在地	広	島	市	中	区	〇	〇	町	1	-													
	1	広	島	ビル	2	階																	
	※ビル名、号室等まで正確に記入してください。																						
英語表記	1	-	1		H	i	r	o	s	h	i	m	a		B	i	l	d	g	.	2		
	F	,	M	a	r	u	m	a	r	u	-	t	o	w	n	,	N	a	k	a			
	k	u	,	H	i	r	o	s	h	i	m	a	-	c	i	t	y	.					

(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

※データベース管理の都合上、所在地の「字(あざ)」表記は省略して登録いたします。

(5) 薬局の案内用の電話番号及びFAX番号

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. 電話番号

0	8	2			-	0	0	0		-	0	0	0	0
---	---	---	--	--	---	---	---	---	--	---	---	---	---	---

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。

0	8	2			-	0	0	0		-	0	0	0	0
---	---	---	--	--	---	---	---	---	--	---	---	---	---	---

3. FAX番号

0	8	2			-	0	0	0		-	0	0	0	0
---	---	---	--	--	---	---	---	---	--	---	---	---	---	---

4. 夜間・休日住民案内用FAX番号

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

0	8	2			-	0	0	0		-	0	0	0	0
---	---	---	--	--	---	---	---	---	--	---	---	---	---	---

(6) 案内用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	:	/	/	x	x	x	.	j	p						

(7) 案内用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	h	i	r	o	s	h	i	m	a	@	x	x	x	.	j	p			

(8) 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。
 営業日である場合、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	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	○	○	10:00~19:00	
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	10時	00分	～	12時	00分	まで
	時間帯 2	14時	00分	～	17時	00分	まで
	時間帯 3	10時	00分	～	14時	00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		○		

来局特記事項

8	月	1	5	日	を	含	む	1	週	間	は	お	休
み	で	す	。										

(9) 休業日

休業日について、該当する項目に「○」を記入してください。

※該当する曜日に「○」を記入してください。

※休業として「○」を記入した曜日について、『1-(8) 営業日・開店時間』で該当の曜日に記入がある場合、その曜日の開店時間帯は『1-(8) 営業日・開店時間』で記入された時間帯を無効として登録しませんので、御注意ください。

	月	火	水	木	金	土	日
毎週決まった曜日に休業							○

※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	1	2	月	2	9	日	1	2	月	3	0	日	1	2	月	3	1	日
		1	月		1	日		1	月		2	日		1	月		3	日
			月			日			月			日			月			日
			月			日			月			日			月			日
			月			日			月			日			月			日
			月			日			月			日			月			日
			月			日			月			日			月			日
			月			日			月			日			月			日
			月			日			月			日			月			日

(10) 開店時間外における対応

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 開店時間外連絡先の店頭への表示	
02 24時間対応可能		05 開店時間外連絡先の薬袋等への表示	
03 夜間・休日営業の地域輪番・当番制に参加	○	06 その他	

【3 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。

薬局までの主な利用交通手段	○	○	町	電	亭	よ	り	徒	歩	2	分	。			
	△	△	バ	ス	○	○	町	バ	ス	亭	目	の	前	。	

(薬局までの主な利用交通手段記入例)

・「○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	駐車場台数															
駐車場の有無 (契約駐車場も含む)	○	有料	[]	[]	5	台	無料	[]	[]	[]	台						
特記事項(有料の場合の料金など)	有	料	駐	車	場	は	1	時	間	ま	で	は	無	料	。		
	そ	の	後	1	時	間	ご	と	に	1	0	0	円	。			

(3) 薬剤師の不在時間

有	<input checked="" type="radio"/>	無	
---	----------------------------------	---	--

(4) 障害者に対する配慮

1. 聴覚障害者に対するサービス内容

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	<input checked="" type="radio"/>
02 画面表示			

2. 視覚障害者に対するサービス内容

項目名	該当	項目名	該当
01 音声表示対応		03 薬袋への点字表示(シール等)	
02 服薬指導に用いる文書の点字表示	<input checked="" type="radio"/>	04 薬剤への点字表示(シール等)	

※特記事項(対応できない曜日・時間、電話以外の連絡方法、事前連絡等)

(5) 車椅子の利用者に対するサービス内容

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)	<input checked="" type="radio"/>	05 車椅子利用者用駐車場	
02 スロープ設置	<input checked="" type="radio"/>	06 点字ブロック	
03 手すり設置		07 昇降機の設置	
04 身体障害者用トイレ設置			

(6) 受動喫煙防止対策

項目名	該当	項目名	該当
01 全面禁煙	<input checked="" type="radio"/>	03 未実施	
02 喫煙所設置(分煙)			

※特記事項(対応できない曜日・時間、電話以外の連絡方法、事前連絡等)

【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。

※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。

認定薬剤師の種類	認定薬剤師の人数(人)			
研修認定薬剤師(CPC) (日本薬剤師研修センター)			2	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
がん検診サポート薬剤師(広島県)				人

※他に認定薬剤師がいる場合は具体的に以下に記入してください。

認定薬剤師の種類	認定薬剤師の人数(人)			
				人
				人
				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

人数(人)			
		1	人

(3) 業務の内容

※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 一包化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(在宅訪問業務)の実施の可否	
07 薬剤服用歴管理の実施の有無	○
08 電磁的記録による薬剤服用歴管理の実施の有無	
09 薬剤情報を記載するための手帳(お薬手帳)の交付の可否	
10 薬剤情報を電磁的記録により記載するための手帳(電子お薬手帳)を所持する者の対応の可否	

特記事項

※ 無菌調剤室提供薬局の無菌調剤室の共同利用を行うことにより無菌製剤処理に係る調剤を実施する場合は、無菌調剤室提供薬局の名称及び所在地を記入してください。

無菌製剤処理に係る調剤は、次の薬局の無菌調剤室を共同利用する。	
薬局名称	
薬局所在地	

(4) 地域医療連携体制

※該当する欄に「○」を記入、又は項目に記入してください。

1. 地域医療連携体制の有無

項目				
01	プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無	有	○	無
02	プロトコルに基づいた薬物治療管理(PBPM)の取組の有無	有	○	無
03	その他医療連携の取組を実施している場合はその内容			

2. 地域医療情報連携ネットワーク（ひろしま医療情報ネットワーク（HMネット））への参加の有無

項目				
01	地域医療情報連携ネットワーク(ひろしま医療情報ネットワーク(HMネット))への参加	有	○	無

3. 退院時の情報を共有する体制の有無

項目				
01	退院時の情報を共有する体制	有	○	無

4. 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

項目				
01	受診勧奨に係る情報等を医療機関に提供する体制	有	○	無

5. 地域住民への啓発活動の参加

※地域住民へ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	

【7 実績、結果等に関する事項】

※該当する項目に「○」、または人数及び回（件）数を記入してください

(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			2	人
------	--	--	---	---

(2) 医療安全対策の実施

副作用にかかる報告の実施件数		件
----------------	--	---

(3) 医療安全対策に係る事業への参加

医療安全対策にかかる事業への参加	
------------------	--

(4) 情報開示の体制

調剤録、薬歴、レセプト等の情報開示の実施	○
----------------------	---

(5) 症例を検討するための会議等の開催の有無

症例を検討するための会議等の開催	
------------------	--

(6) 処方せんを応需した数（患者数） 前年に処方せんを応需した延べ人数

※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。

処方せんを応需した者の数(患者数)			5	5	2	人
-------------------	--	--	---	---	---	---

(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

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をいう。）その他地域包括ケアシステム構築のための会議に参加した回数

健康サポート薬局に係る研修修了薬剤師の地域ケア会議参加回数	3	回
-------------------------------	---	---

(9) 患者の服薬状況等を医療機関に提供した回数

患者の服薬状況等を医療機関に提供した回数	5	回
----------------------	---	---

(10) 患者満足度の調査

患者満足度の調査の実施(過去一年以内)の有無	○
患者満足度の調査結果の提供の有無	○