高知県医療機能調査票（薬局用）　（様式５）

【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）許可区分	2
	（７）営業日・営業時間	3
	（８）時間外における対応	4
	（９）休業日	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	薬局内サービス等	
	（１）相談に対する対応の可否	6
	（２）障害者に対する配慮	6
	（３）車椅子の利用者に対するサービス内容	7
	（４）受動喫煙を防止するための措置	7
	（５）対応することができる外国語の種類	8
５	費用負担等	
	（１）医療保険及び公費負担の取り扱い	9
	（２）クレジットカードによる料金の支払いの可否	9
６	業務内容、提供サービス	
	（１）認定薬剤師の種類及び人数	10
	（２）薬局の業務内容	10
	（３）その他の店舗情報	11
７	実績、結果等に関する事項	
	（１）薬局の薬剤師数	12
	（２）医療安全対策	12
	（３）情報開示の体制	12
	（４）症例を検討するための会議等の開催の有無	12
	（５）処方せんを応需した者の数（患者数）	12
	（６）患者満足度の調査	12

【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。

記入日	平成　　年　　月　　日
記入者フリガナ	
記入者	
役職名	
所属	
連絡先電話番号	－　－　内線
連絡先ＦＡＸ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。

正式名称フリガナ （薬事法届出正式名称）	
正式名称 （薬事法届出正式名称）	
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。	
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

（２）薬局の開設者

開設者名(フリガナ) （法人にあっては、法人名フリガナ）	
開設者名（法人にあっては、法人名）	

（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	－　※必ず７桁で記入してください。
所在地（フリガナ）	
所在地	※ビル名、号室等まで正確に記入してください。
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　→　1-2-3 marumaru Bldg.5F,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. 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。

－　－

3. 住民案内用ＦＡＸ番号　－　－

4. 夜間・休日県民案内用（公開）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

－　－

（６）許可区分

貴局に該当するものをいずれかひとつ選択してください。

項目名		該当	項目名		該当
01	保険薬局		02	薬局	

（７）営業日・営業時間

基本となる営業時間帯を24時間表記で記入してください。
営業日である場合、基本となる営業時間どおりであれば「○」を記入し、異なる営業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　営業時間　１０　時　～　２０　時
土曜　営業時間　１０　時　～　１９　時
日曜・祝日　休業日　の場合

基本となる営業時間	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								

基本となる営業時間	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				

来局特記事項

（８）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。

	項目名	該当		項目名	該当
01	営業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				

（９）休業日

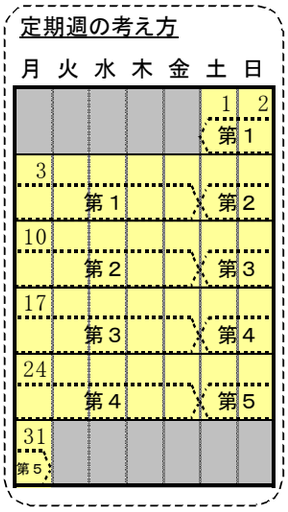
休業日について、該当する項目に「○」を記入してください。

※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、『２－（７）営業日･営業時間』で該当の曜日に記入がある場合、その曜日の営業時間帯は『２－（７）営業日･営業時間』で記入された時間帯を無効として登録しませんので、注意してください。

	月	火	水	木	金	土	日
毎週決まった曜日に休業							

※該当する週、曜日に「○」を記入してください。

		月	火	水	木	金	土	日
決まった週に休業（定期週）	第１							
	第２							
	第３							
	第４							
	第５							



※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			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
			月			日			月			日			月			日
			月			日			月			日			月			日

【３　薬局へのアクセス】

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。

（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	

（薬局までの主な利用交通手段記入例）

・「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」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
駐車場がある（契約駐車場も含む）		有料　　台　　無料　　台

特記事項（有料の場合の料金など）	

（３）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。

薬局のホームページアドレス	
ホームページが有料	※ホームページが有料である場合「〇」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	

（４）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	

【４　薬局内サービス等】

※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			時			分	～			時			分				
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			時			分	～			時			分				
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			時			分	～			時			分				
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）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	
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・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。

（３）車椅子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基づく基礎的基準に適合）		05	車椅子利用者用駐車場	
02	スロープ設置		06	点字ブロック	
03	手すり設置		07	昇降装置	
04	身体障害者用トイレ設置				

（４）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。

（５）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「〇」を記入してください。

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

言語名		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	フィリピノ語（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てください。

言語名	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

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。

【５　費用負担等】

（１）医療保険及び公費負担の取り扱い

※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	保険薬局		05	指定自立支援薬局（育成・更正医療）	
02	生活保護法指定薬局		06	指定自立支援薬局（精神通院医療）	
03	結核指定薬局		07	原子爆弾被爆者一般疾病医療指定薬局	
04	戦傷病者特別援護法指定薬局		08	労災保険指定薬局	

（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料金の支払いが可能な場合は「該当」に「○」を記入してください。

項目名		該当
01	クレジットカードによる料金の支払い	

使用可能なカードの種類															

【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
※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、麻薬・覚せい剤乱用防止推進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）			
日本薬剤師会認定薬剤師				人
日本薬剤師会指導薬剤師				人

（２）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	

（３）その他の店舗情報

※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	処方せん調剤の受付	
02	一般薬（大衆薬）の販売	
03	漢方薬相談	
04	在宅訪問薬剤管理指導	
05	社団法人高知県薬剤師会による基準薬局認定	
06	介護まちかど相談所	
07	高度管理医療機器販売業の許可	

（４） 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、又は通常の営業日、営業時間外対応のため、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		― ―
FAX番号		― ―
ホームページアドレス		
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				人

（２）医療安全対策

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

（３）情報開示の体制

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

症例を検討するための会議等の開催	

（５）処方せんを応需した者の数（患者数）

※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）						人

（６）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	