【薬局機能情報報告書 記載要領】

１　薬局機能情報報告書

年月日

報告書を提出する日の日付を記載してください。

開設者住所、氏名

薬局の許可を受けている開設者の住所、氏名を記載してください。

法人の場合は、主たる事務所の所在地（登記簿上の住所）及び法人の名称並びに代表者の氏名を記載してください。法人の場合も個人の場合も印鑑は不要です。

担当者氏名、電話番号

　報告事項の記載を担当した方の氏名と昼間連絡のとれる電話番号を記載してください。携帯電話でも構いません。

報告方法

　薬局開設許可取得後速やかに「薬局機能情報報告書」と「薬局機能情報報告用紙」に記入し、許可手続きを行った保健所にFAX、郵送又は持参してください。

　郵送、持参される場合はお手数ですが、控え（コピー）をお手元に残してください。

　連絡が必要な場合は、連絡事項の欄に記載してください。

２　薬局機能情報報告用紙

報告用紙の記載

報告用紙は、７ページあります。一部を除き、左の欄に項目名を記載していますので、右の欄に回答してください。

特にＦＡＸで提出される場合、薄く記載されると読めなくなることがありますので、読みやすい適当な濃さで記載してください。

記載項目

　記載項目は次の３種類があります。

記載方法に違いがありますので注意してください。

①　記述項目

 記述項目には、右の欄に適切な字句を記載してください。

　項目によって、文字数に制限のある項目がありますので、注意してください。

　読みやすい字でていねいに記述してください。

②　チェック項目

 □がある欄に、☑を入れてください。

１つの項目で、複数（２つ以上）選ぶことが可能ですので、該当するもの全てを選んでください。

③　選択項目

　『無・有』『否・可』など２つ以上の選択肢から１つを選んでください。

１つの項目で２つ以上を選ぶことはできませんので注意してください。

【報告内容の入力・記載方法】

１　基本情報

薬局名カナ

 カタカナで薬局名のふりがなを記載してください。（例示）ミエケンヤッキョク

薬局名

　許可証に記載されている薬局の名称を正しく記載してください。（例示）三重県薬局

薬局名ローマ字

 ローマ字は、ヘボン式で記載してください。なお、『YAKKYOKU』の前と後には、１文字空けてください。

 （例示）MIEKEN YAKKYOKU

《ヘボン式ローマ字》

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| あ Ａ  | い Ｉ  | う Ｕ  | え E | お Ｏ  | きゃ ＫＹＡ | きぃ ＫＹＩ | きゅ ＫＹＵ  | きぇ ＫＹＥ  | きょ ＫＹＯ |
| か ＫＡ | き ＫＩ | く ＫＵ | け ＫＥ | こ ＫＯ | ぎゃ ＧＹＡ | ぎぃ ＧＹＩ | ぎゅ ＧＹＵ  | ぎぇ ＧＹＥ  | ぎょ ＧＹＯ |
| さ ＳＡ | し ＳＨＩ  | す ＳＵ | せ ＳＥ | そ ＳＯ | しゃ ＳＨＡ | しぃ ＳＹＩ | しゅ ＳＨＵ  | しぇ ＳＹＥ  | しょ ＳＨＯ |
| た ＴＡ | ち ＣＨＩ  | つ ＴＳＵ  | て ＴＥ | と ＴＯ | じゃ ＪＡ | じぃ ＺＹＩ | じゅ ＪＵ  | じぇ ＺＹＥ  | じょ ＪＯ |
| な ＮＡ | に ＮＩ | ぬ ＮＵ | ね ＮＥ | の ＮＯ | ちゃ ＣＨＡ | ちぃ ＴＹＩ | ちゅ ＣＨＵ  | ちぇ ＴＹＥ  | ちょ ＣＨＯ |
| は ＨＡ | ひ ＨＩ | ふ ＦＵ | へ ＨＥ | ほ ＨＯ | てゃ ＴＪＡ | てぃ ＴＪＩ | てゅ ＴＪＵ  | てぇ ＴＪＥ  | てょ ＴＪＯ |
| ま ＭＡ | み ＭＩ | む ＭＵ | め ＭＥ | も ＭＯ | でゃ ＤＪＡ | でぃ ＤＪＩ | でゅ ＤＪＵ  | でぇ ＤＪＥ  | でょ ＤＪＯ |
| や ＹＡ | い Ｉ  | ゆ ＹＵ | え Ｅ | よ ＹＯ | にゃ ＮＹＡ | にぃ ＮＹＩ | にゅ ＮＹＵ  | にぇ ＮＹＥ  | にょ ＮＹＯ |
| ら ＲＡ | り ＲＩ | る ＲＵ | れ ＲＥ | ろ ＲＯ | ひゃ ＨＹＡ | ひぃ ＨＹＩ | ひゅ ＨＹＵ  | ひぇ ＨＹＥ  | ひょ ＨＹＯ |
| わ ＷＡ | ゐ Ｉ  | う Ｕ  | ゑ Ｅ | を Ｏ  | びゃ ＢＹＡ | びぃ ＢＹＩ | びゅ ＢＹＵ  | びぇ ＢＹＥ  | びょ ＢＹＯ |
| が ＧＡ | ぎ ＧＩ | ぐ ＧＵ | げ ＧＥ | ご ＧＯ | ぴゃ ＰＹＡ | ぴぃ ＰＹＩ | ぴゅ ＰＹＵ  | ぴぇ ＰＹＥ  | ぴょ ＰＹＯ |
| ざ ＺＡ | じ ＪＩ | ず ＺＵ | ぜ ＺＥ | ぞ ＺＯ | ふゃ ＦＹＡ | ふぃ ＦＩ | ふゅ ＦＹＵ  | ふぇ ＦＥ  | ふょ ＦＹＯ |
| だ ＤＡ | ぢ ＪＩ | づ ＺＵ | で ＤＥ | ど ＤＯ | ヴャ ＶＹＡ | ヴィ ＶＩ | ヴュ VYU  | ヴェ ＶＥ  | ヴョ ＶＹＯ |
| ば ＢＡ | び ＢＩ | ぶ ＢＵ | べ ＢＥ | ぼ ＢＯ | みゃ ＭＹＡ | みぃ ＭＹＩ | みゅ ＭＹＵ  | みぇ ＭＹＥ  | みょ ＭＹＯ |
| ぱ ＰＡ | ぴ ＰＩ | ぷ ＰＵ | ぺ ＰＥ | ぽ ＰＯ | りゃ ＲＹＡ | りぃ ＲＹＩ | りゅ ＲＹＵ  | りぇ ＲＹＥ  | りょ ＲＹＯ |

**※ 本表及びその他用法で注意すべき点**

１ 撥音

 ヘボン式ではＢ、Ｍ、Ｐの前にＮの代りにＭをおく。

ＮＡＭＢＡ 難波（なんば）ＨＯＭＭＡ 本間（ほんま）ＳＡＭＰＥＩ 三瓶（さんぺい）

２ 促音

子音を重ねて示す。

ＨＡＴＴＯＲＩ 服部（はっとり）ＫＩＫＫＡＷＡ 吉川（きっかわ）

但し、チ（ＣＨＩ）、チャ（ＣＨＡ）、チュ（ＣＨＵ）、チョ（ＣＨＯ）音に限り、その前にＴを加える。ＨＯＴＣＨＩ 発地（ほっち）ＨＡＴＣＨＯ 八町（はっちょう）

３ 長音

ヘボン式では長音を表記しない。

OＮＯ 大野（おおの）、ＯＤＡＩＣＨＯ 大台町（おおだいちょう）

４ 小文字のぁ、ぃ、ぅ、ぇ、ぉを使用する場合

ＫＷＡ（くぁ）、ＴＷＩ（とぃ）のように、子音のあとに『Ｗ』を入力・記載する。

※ 例外

① ファ行は『Ｆ』を利用する。

ＦＡＭＡＳＨＩ（ファーマシー）

② つぁ行は、『Ｗ』のかわりに『Ｓ』を使用する。

つぁ（ＴＳＡ）、つぃ（ＴＳＩ）、つぅ（ＴＳＵ）、つぇ（ＴＳＥ）、つぉ（ＴＳＯ）

郵便番号

　薬局の所在地は、許可証に記載されている所在地です。この所在地の郵便番号を記載してください。

所在地カナ

 カタカナで所在地のふりがなを記載してください。なお、地番以降の記載の必要はありません。（例示）ミエケン ツシ　コウメイチョウ

所在地

 許可証に記載されている所在地のとおり記載してください。 （例示）三重県津市広明町１３

所在地ローマ字（英語表記）

英語表記で所在地を記載してください。

 【英語での住所表記方法】

● 三重県は記載不要です。市、郡から記載してください。

● 英語では、表記順は、住所の狭い範囲から広い範囲へ順に表します。

したがって、番地・町名・郡又は市といった順になります。

● 単語の１文字目は大文字で表記し、２文字目以降は小文字で表記します。

● 単語の間は、『，』でつなぎ、 1文字空けて記載してください。

（例）津市広明町１３ → 13, Koumeichou, Tsushi）

● shi(市)、gunn（郡）、chou（町）と記載してください。

（例）四日市市新正（Shinsyou, Yokkaitishi）三重郡菰野町（Komonochou,　Miegunn）

電話番号

開局日及び開局時間中に連絡が可能な番号を記載してください。複数ある場合は、主に使用する番号を入力・記載してください。

なお、市外局番、市内局番、電話番号の間に「-」（ハイフン）を入れて記載してください。

ＦＡＸ番号

市外局番、市内局番、電話番号の間に「-」（ハイフン）を入れて記載してください。

電話番号と同じ場合も、必ず記載してください。

薬局開設者カナ

 薬局の開設者は、許可証に記載されている氏名です。カタカナで薬局開設者のふりがなを記載してください。なお、姓と名の間は、１文字空けてください。（例示）ミエケン タロウ

薬局開設者

　許可証に記載されている氏名のとおり記載してください。 （例示）三重　太郎

法人代表者カナ

 カタカナで法人代表者のふりがなを記載してください。なお、姓と名の間は、１文字空けてください。（例示）ミエケン タロウ

法人代表者

　法人代表者の氏名のとおり記載してください。 （例示）三重　太郎

薬局管理薬剤師カナ

 カタカナで薬局の管理薬剤師のふりがなを記載してください。なお、姓と名の間は、１文字空けてください。（例示）ミエケン ハナコ

薬局管理薬剤師氏名

　薬局の管理薬剤師の氏名を記載してください。なお、姓と名の間は、１文字空けてください。

（例示）三重　花子

夜間・休日の電話番号

 営業時間外や24 時間対応を行っている場合、あるいは夜間・休日営業の地域輪番・当番制に参加している場合等は、その連絡先の電話番号等を記載してください。なお、市外局番、市内局番、電話番号の間に「-」（ハイフン）を入れて記載してください。

 ※ 個人の携帯電話、ＰＨＳ等の電話番号は記載しないでください。

（輪番制等の携帯電話、PHS 等の電話番号であれば記載することは可）

２　開店時間及び開店時間外で相談できる時間

曜日及び営業時間

 通常の開店日となる曜日等（祝祭日は曜日に関係なく祝祭日とします）を選び、開店時間を24 時間表記で記載してください。また、開店時間外で相談できる時間についても同様に24時間表記で記載してください。

 （例示） 平日（9:00～18:00）土曜日（8:30～14:30）、日曜日（休み）

|  |  |
| --- | --- |
| ☑金曜日☑土曜日□ 日曜日 | ９時００分～１８時００分８時３０分～１４時３０分時　　分～ 　時　　分 |

特別な休業日

通常の休業日以外の休業日（年末年始等）を20字以内で記載してください。

月日は『１２/３１』と、時間は24時間表記で『１３:３０』と記載してください。

（例示）年末年始『12/30～1/3』、ゴールデンウィーク『4／29～5／5』『毎月第３日曜』

『昼休み12:00-14:30』等

開店時間外の対応

 開店時間外の対応を行っている場合、あるいは夜間・休日営業の地域輪番・当番制に参加している場合等は『可』を選んでください。

 また、『可』を選んだ場合は、対応方法等について、該当する項目を選んでください。

３ 交通情報

薬局までの主な利用交通手段

利用交通手段のうち、主な手段を簡潔（150字以内）に記載してください。

公共交通機関を利用した場合の最寄りの駅・停留所の名称と当該駅・停留所からの徒歩による所用時間等を記載してください。

可能な限り、他の民間事業者や医療機関の建物は目印にしないでください。

（例示）『津駅下車（西口）、徒歩５分』『三重交通バス　県庁前停留所下車、徒歩１分』

駐車場の有無

 店舗が所有あるいは契約している駐車場がある場合や、スーパー内等に店舗があってスーパーの駐車場を利用できる場合など、来局者が利用できる駐車場がある場合は『有』と記載してください。

専用、共用及び車いす対応駐車場の有無

 専用、共用及び車いす対応駐車場が『有』の場合、駐車できる台数と当該駐車場の有料・無料の別を記載してください。

※ 1時間まで無料で１時間以降は有料となる場合は『有料』と記載してください。

※スーパー等で大型の駐車場の場合は、駐車台数を概数で記載することでも差し支えありません。

（例示）356 台→350 台

４　ＷＥＢアクセス

ホームページアドレス及び有料区分

 薬局が開設しているホームページアドレスを記載し、有料の場合は『有料』と記載してください。

ただし、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場合は、記載しないでください。ホームページを開設していない場合は、空欄としてください。

電子メールアドレス

 患者や住民の方が連絡、相談等を行うことのできる薬局専用の電子メールアドレスを記載してください。ただし、従業者個人の電子メールアドレスや、業務以外に使用する等の電子メールアドレスは、記載しないでください。電子メールアドレスがない場合及びメールによる相談等の対応を行わない場合は、空欄としてください。

５ 相談

健康サポート薬局である旨の表示の有無

　健康サポート薬局である旨の表示に係る届出を保健所に行っている場合には、『有』と記載してください。

相談に対する対応状況（複数回答可）

 対応可能な相談内容について、対応可能な相談があれば『可』と記載してください。

時間外の相談対応の可否

 対応可能な相談全てについて、時間外の対応が可能な場合、『可』と記載してください。

なお、対応可能な相談のうち、１つでも時間外対応できないものがあるときは『可』と記載しないでください。

６　対応可能な外国語の種類

『英語』、『中国語』、『韓国・朝鮮語』、『スペイン語』及び『ポルトガル語』で対応可能な場合は『可』と記載してください。『可』と記入された場合は、それぞれの言語の対応のレベル（母国語並、日常会話、片言以上）のいずれかを記載してください。

また、これら以外の外国語に対応できる場合は［その他外国語対応]の欄に対応できる言語名を記載し、対応のレベルを記載してください。

なお、対応のレベルは、より高いレベルの項目を選んでください。

７　障がい者に対する配慮

耳に障がいのある方への手話などの対応

　耳に障がいのある方への手話対応ができる場合は『有』と記載してください。

『有』と記入された場合は、事前連絡が『不要』か『必要』かを記載してください。また、手話以外の対応ができる場合は『有』と記載し、その内容（筆談など）を記載してください。

目に障がいのある方への点字などの対応

　目に障がいのある方への点字対応ができる場合は『有』と記載してください。

また、点字以外の対応ができる場合は『有』と記載し、その内容(音声案内など)を記載してください。

車椅子での入店

 入店が可能であれば『可』と記載してください。

バリアフリーの対応

 薬局がバリアフリー対応であれば『有』と記載してください。

待合スペース

 喫煙が可能であれば『喫煙可』と記載してください。『喫煙可』と記入された場合は、喫煙コーナーの有無を記載してください。

８　費用負担

健康保険法などの指定

　指定を受けているものがあれば『有』と記載してください。

クレジットカードの利用

『ＪＣＢ』『ＶＩＳＡ』及び『ＭａｓｔｅｒＣａｒｄ』の中に利用できるクレジットカードがあれば『可』を選んでください。また、これら以外に利用できるクレジットカードがある場合はそのカードの名称を記載してください。

９　業務内容、提供サービス、地域連携

認定薬剤師の種類と人数

　薬事に関する実務について、中立的かつ公共性のある団体により認定されたものやそれと同等の制度に基づいて認定された薬剤師について種類と人数を記載してください。

（例示）日本薬剤師研修センター認定の『研修認定薬剤師：５人』『漢方薬・生薬認定薬剤師：３人』

『認定実務実習指導薬剤師：2人』など

業務内容、提供サービス

　実施しているものは『可』または『有』と記載してください。

地域医療連携体制

 医療機関と連携し、地域医療・在宅医療に取り組んでいる場合は『有』と記載してください。

県民への啓発活動

 地域住民に対して、地区薬剤師会等が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、健康展、学校教育等の啓発活動へ参加等を行っている場合や薬物乱用防止啓発活動に参加している場合など、薬局において啓発活動を行っている場合は『有』と記載してください。

１０　医療の実績、結果に関する事項

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、次のとおり常勤換算して記載してください。

 ・常勤薬剤師をもって員数１とする。

 ・常勤薬剤師とは、薬局で定める勤務時間の全てを勤務する者をいう。

 ※ 薬局で定める勤務時間は、薬局で自由に設定をしてください。（例：週 40時間等）

 ・非常勤薬剤師とは、その勤務時間を１週間の薬局で定める勤務時間で割り算した数とする。

ただし、１週間の薬局で定める勤務時間が ３２時間未満と定められている場合は、換算する分母は３２時間とする。

（記載例１）

 １週間の薬局で定める薬剤師の勤務時間４０時間の薬局について、薬剤師Ａは週４０時間勤務、

薬剤師Ｂ，Ｃ，Ｄの員数はそれぞれ週２０時間の場合。

 →Ａが常勤で１。Ｂ，Ｃ，Ｄの員数はそれぞれ20/40=0.5 となり、合計=１+0.5+0.5+0.5=2.5

報告書に記載する常勤換算後の薬剤師数は 2.5人となる。

（記載例２）

 １週間の薬局で定める薬剤師の勤務時間３０時間の薬局について、薬剤師Ａは週４０時間勤務、

薬剤師Ｂは週３０時間、薬剤師Ｃは週１５時間、薬剤師Ｄは週２０時間、薬剤師Ｅは週２２時間

勤務の場合。

※ この場合、薬局で定める勤務時間は３０時間であるが、換算する分母は３２時間となる。

→Ａが常勤で１．非常勤Ｂ～Ｅの員数の合計は 30/32+15/32+20/32+22/32=2.71･･･となり、

合計=1+2.7=3.7 となる。

 報告書に記載する常勤換算後の薬剤師数は 3.7人となる。

医療安全管理者設置

 医薬品に係る安全管理責任者を配置している場合は『有』と記載してください。なお、安全管理責任者に、管理薬剤師がなることは差し支えありません。

 ※改正薬事法により、平成１９年４月１日より医薬品の使用に係る安全な管理のための責任者の設置が義務付けられました。（薬局並びに店舗販売業及び配置販売業の業務を行う体制を定める省令第１条第２項第１号）

情報開示体制

調剤録、薬歴、レセプト等の情報について患者本人からの求めに基づいて情報を開示する場合は『有』と記載してください。

症例検討体制の有無

薬歴、服薬指導等の実践に基づく服薬遵守（コンプライアンス）の状況等の確認、指導内容の改善、相談対応等の改善を目的とした検討を定期的に実施している場合は『有』と記載してください。

前年の患者数（概数）

前年（１月～１２月）に処方せんを応需した延べ患者数を記載してください。

患者満足度調査実施及び結果提供

 患者満足度調査の実施について、過去１年以内に薬局に来訪した患者又はその家族の方に対し、薬局の業務やサービス等に関するアンケート調査などを行っている場合は『有』と記載してください。

また、調査実施で『有』を選んだ場合に、その調査結果を薬局において閲覧できるようにするなど公表を行っている場合は、結果提供も『有』と記載してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **報告先** | **FAX番号** | **電話番号** | **郵便番号** | **住所** |
|  桑名保健所衛生指導課 |  0594-24-3692 |  0594-24-3623 |  511-8567 |  桑名市中央町５－７１ |
|  鈴鹿保健所衛生指導課 |  059-382-7958 |  059-382-8674 |  513-0809 |  鈴鹿市西条５－１１７ |
|  津保健所衛生指導課 |  059-223-5119 |  059-223-5112 |  514-8567 |  津市桜橋３－４４６－３４ |
|  松阪保健所衛生指導課 |  0598-50-0620 |  0598-50-0529 |  515-0011 |  松阪市高町１３８ |
|  伊勢保健所衛生指導課 |  0596-27-5253 |  0596-27-5151 |  516-8566 |  伊勢市勢田町６２８－２ |
|  伊賀保健所衛生指導課 |  0595-24-8085 |  0595-24-8080 |  518-8533 |  伊賀市四十九町２８０２ |
|  尾鷲保健所衛生指導課 |  0597-23-3449 |  0597-23-3461 |  519-3695 |  尾鷲市坂場西町１－１ |
|  熊野保健所衛生指導課 |  0597-85-3914 |  0597-85-2159 |  519-4324 |  熊野市井戸町３８３ |
|  四日市市保健所衛生指導課 |  059-351-3304 |  059-352-0592 |  510-0085 |  四日市市諏訪町２－２ |

●お問い合わせ時間●　土日祝日を除く 8時30分から17時15分の間