

地域No.18

[様式1]

年 月 日

「くすりと健康相談薬局」認定申請書 (新 規 ・ 更 新)

(公社) 神奈川県薬剤師会
 会長 鷓飼典男 殿
 薬剤師会
 会長 殿

↑別紙「申請窓口一覧」をご確認の上、当該地域の地域薬剤師会名及び会長名をご記入ください。

薬局名称

住所 〒

TEL

FAX

E-MAIL

URL

開設者氏名

印

管理薬剤師氏名

印

くすりと健康相談薬局制度運営規程に基づき、申請します。
また、以下の申請内容について3年間維持することを約束いたします。

- 大項目 2
- 中項目 9
- 小項目 44
- ※必須項目 25

(注) 以下の認定条件項目について、○×欄へ✓を入れてください。
なお、項目Noの■は、地域で確認する項目となっております。

項目	認定条件項目 (※ ___今年度追加・変更があった項目)	✓をしてください	
		○	×
	1 すべての患者を受け入れます		
1	※ ① 各種公費医療制度（障害者、生活保護等）の委託がされている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	※ ② 麻薬小売業の免許を取得している【免許証番号：第 _____ 号】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	③ 高度管理医療機器販売業の許可及び管理医療機器の販売業・貸与業許可を受けている。【許可年月： _____ 年 _____ 月 許可番号： _____】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	④ 毒物劇物一般販売業の登録を受けている。 【許可年月： _____ 年 _____ 月 許可番号： _____】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 安心・安全に努めています。		
5	※ ① 医薬品等に係る副作用等を厚生労働大臣へ報告することとしている。 (医薬品医療機器等法第68条の10第2項)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	※ ② 業務に必要な最新の書籍とインターネット環境があり、医薬品医療機器情報配信サービス（PMDA）へ登録をしている。【登録年月： _____ 年 _____ 月】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	※ ③ 公益財団法人日本医療機能評価機構へ登録し、薬局ヒヤリ・ハット事例報告等の報告をすることとしている。【登録年月： _____ 年 _____ 月】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	認定条件項目 (※ 今年度追加・変更があった項目)	✓をして ください	
		○	×
8	※ ④ 安全管理指針、医薬品の安全使用・管理のための業務手順書を完備し、必要な改訂を行っている。(医薬品医療機器等法第5条第2号) 【作成年月： 年 月】 【最新改訂年月： 年 月】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	⑤ 不要な医薬品や使用済み注射針等の回収、適切な廃棄を行う体制としている。 【産廃業者との契約年月： 年 月】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	※ ⑥ 薬学的知見から必要な処方提案等を行っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	⑦ 神奈川県薬剤師会が推奨しているプリアポイド報告を行っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 気軽にいつでもご相談下さい。			
12	※ ① 健康情報拠点の相談窓口として、地域住民が要指導医薬品及び一般用医薬品の販売、健康相談、病院紹介等さまざまな相談を受けられるような体制をとっている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	※ ② 休局日以外は、連続して8時間以上開局している。(土曜日は除く) 【 年 月開設許可申請済み 】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	※ ③ かかりつけの患者へは24時間対応可能な体制とし、その旨を提示している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	※ ④ 開局時間以外の緊急時等の連絡先を患者に提供している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	⑤ 外国人が不安を感じることはないよう、要指導医薬品及び一般用医薬品の販売、健康相談、病院紹介等さまざまな相談に応じることができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
中：7 小：33 うち必須：21	4 在宅医療に取り組んでいます。		
17	※ ① 神奈川県薬剤師会の在宅医療支援薬局リストまたは地域における同様なリスト等に掲載されている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	※ ② 在宅での薬剤管理指導を実施している、または実施可能であることを提示するとともに、地域住民に周知している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	③ 訪問薬剤管理指導を実施するために必要な薬剤使用歴、処方設計の背景事情、服薬状況等の情報提供を受ける体制が整備されている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 多くの医薬品等を取り揃えています。			
20	※ ① 地域住民の必要とする「医療・衛生材料」、「要指導又は第一類」、「第二類」、「第三類」医薬品をすべて取り扱い、100品目以上を陳列している。 <u>(※医薬部外品、サプリメント、食品及び化粧品等は対象外)</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	※ ② 「要指導又は第一類」、「第二類」、「第三類」医薬品について、それぞれに過去1年以内に販売実績がある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	※ ③ 医療用医薬品1,000品目以上を備蓄している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	※ ④ 後発医薬品への理解・普及を積極的に図っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	⑤ 薬局製剤を取り扱っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	⑥ <u>緊急避妊薬を取り扱っている</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 県民に優しい施設になっています。			
26	※ ① 高齢者、障害者等の移動に配慮した構造(段差解消・手摺り設置等)としている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	② クリーンベンチ等の無菌調剤を実施できる設備がある、または共同利用体制をとっている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	③ 服薬指導において、他の患者に聞こえないような配慮(パーテーション、独立カウンター等)をしている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	※ ④ 敷地内は全面禁煙としている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 地域に貢献しています。			
30	※ ① 地域の薬事衛生や環境衛生の維持向上のために実施される事業に積極的に参加している。(地域での健康フェア、薬物乱用防止啓発キャンペーン等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	② 災害時に、自治体が行う救援活動に薬剤師ボランティアとして登録または、参加できる体制を整備している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	認定条件項目 (※____今年度追加・変更があった項目)	✓をして ください	
		○	×
32	③ 救命救急に係る講習会に参加したことがある。 【参加年月： _____ 年 _____ 月 講習会名： _____】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	※ ④ (地域独自項目：○×欄に✓を入れてください。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18 座間市 設定なし		
小 計			

項目	認定条件項目 (※ 今年度追加・変更があった項目)	✓をして ください	
		○	×
Ⅱ 薬剤師等の 職能	8 薬剤師		
	① 神奈川県薬剤師会生涯学習認定制度の認定薬剤師である。(将来は必須項目となる予定)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② 神奈川県薬剤師会又は地域薬剤師会等が主催する研修会等に申請する前年度において10回以上参加している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※ ③ 要指導医薬品及び一般用医薬品の販売においては、購入者の薬物療法の治療歴や医療用医薬品の使用状況等を把握した上で薬学的知見に基づき情報提供や指導を行い、必要に応じて専門医への紹介を行っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④ 管理薬剤師は、人的、物的、経済的資源を管理し、より良い薬物療法への業務改善の提言をしている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤ 管理薬剤師は、薬局において通算5年以上の業務経験を有している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9 開設者		
	① 開設者自らも薬局運営に必要な研修を年1回以上受講している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※ ② 医療提供施設として、常に適正な調剤報酬請求を行っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※ ③ 薬剤師は生涯学習が必要なことから、学会・研修会等に参加し易い職場環境を整備している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※ ④ 薬局を管理する薬剤師から意見具申があった場合は、真摯に受け止め適切に対処している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ 学校薬剤師活動への理解がある、または積極的に協力している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑥ 実務実習生の受入に門戸を開いている。(指導薬剤師を配置している、または配置する予定がある)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
小 計			
合 計			
		うち 必須項目	
		うち 上記以外	

(注) 全ての必須項目を含む30小項目の○を必要とする