

院外処方せん案内用薬局情報 《変更報告書》

↓変更がある項目番号に○をお願い致します

1	薬局名称	(フリガナ)					
2	薬局所在地	〒 _____ 県					
3	電話 / F A X 番号	(電 話)					
		(F A X)					
4	最寄の駅・バス停	(駅・バス停) _____ 徒歩 _____ 分					
5	駐車場の有無	無し ・ 有り (_____ 台)					
6	開局時間等について	開局時間 _____ : _____ ~ _____ : _____					
		午後休局日がある場合 _____ 曜日 _____ : _____ まで調剤					
		休局時の F A X 受信 _____ 可 能 ・ 不 可					
		休日 _____					
7	主な処方箋応需科目	全て _____					
8	近隣の処方箋発行医療機関 (面対応の薬局は目標となる建物を記入)						
9	麻薬調剤実施	可 能 (届け済) _____ ・ 不 可 _____					
10	一包化調剤	可 能 (分包数 _____) _____ ・ 不 可 _____					
11	時間外の対応	不 可 _____ ・ 電話対応可 _____ ・ 24時間対応可 _____					
12	医療保険・公費負担等の取り扱い	労災		更生医療		育成医療	
		精神通院21		難病54		小児慢性52	
		リタリン		コンサータ		モテイダール	
		クリーンベンチ					
		お取り扱い出来る項目に○をお願い致します。					
13	その他						

上記薬局情報用紙にご記入の上、久留米三井薬剤師会事務局へ
まで F A X にて返信下さい。

(F A X 番号 0 9 4 2 - 3 6 - 7 7 9 1)