

様式第6号（第5条関係）

薬局機能情報報告書

年 月 日

福岡県知事 殿

郵便番号（〒 - ）

フリガナ

住 所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

フリガナ

氏 名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

印

電話番号（ ） -

薬事法第8条の2第 項の規定に基づき、下記のとおり薬局に関する情報を報告します。

記

報 告 区 分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 定期報告（年1回） *該当するものにレをつけてください。（以下同様）
---------	--

1 管理・運営・サービス等に関する事項

(1) 基本情報

基本情報の変更項目 (変更の場合)	<input type="checkbox"/> 薬局の名称 <input type="checkbox"/> 薬局開設者 <input type="checkbox"/> 薬局の管理者 <input type="checkbox"/> 薬局の所在地 <input type="checkbox"/> 電話番号及びファクシミリ番号 <input type="checkbox"/> 営業日 <input type="checkbox"/> 営業時間
許 可 番 号	
薬 局 の 名 称	名 称 ----- フリガナ ----- ローマ字表記
薬 局 開 設 者 (法人にあつては、業務を行う 役員のうち代表者の氏名)	氏 名 ----- フリガナ
薬 局 の 管 理 者 (管理薬剤師)	氏 名 ----- フリガナ
薬 局 の 所 在 地	住 所（〒 - ） ----- フリガナ ----- ローマ字表記

(4) 費用負担

医療保険及び 公費負担等の取扱い	保険薬局の指定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 生活保護法 <input type="checkbox"/> 結核予防法 <input type="checkbox"/> 戦傷病者特別援護法 <input type="checkbox"/> 母子保健法 <input type="checkbox"/> 公害健康被害の補償等に関する法律 <input type="checkbox"/> 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律 <input type="checkbox"/> 障害者自立支援法 <input type="checkbox"/> その他
クレジットカードによる 料金の支払の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	取扱カードの種類

2 提供サービスや地域連携体制に関する事項

(1) 業務内容、提供サービス

認定薬剤師の種類及び人数	認定薬剤師の種類
	人数 人
薬局の業務内容	無菌調剤実施の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	一包化調剤実施の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	麻薬調剤実施の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	浸煎薬、湯薬調剤実施の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	薬局製剤実施の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	在宅患者訪問調剤実施の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	薬歴管理実施の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	「お薬手帳」交付の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
地域医療連携体制	医療連携（在宅医療の取組・輪番制への参加）の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	地域住民への啓発活動への参加の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

3 実績、結果等に関する事項

薬局の薬剤師数	人
医療安全対策	医薬品安全管理責任者の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
情報開示の体制	情報開示の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
症例検討体制	症例等検討実施の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
患者数	延べ患者数（前年1月1日～12月31日の人数） 人
患者満足度の調査	アンケート等調査実施の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	調査結果提供の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無