

「薬局の機能に関する情報の報告」 の手引き

平成25年 4月

福岡県

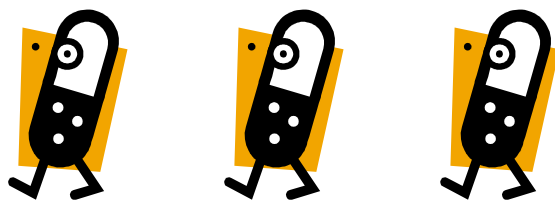
保健医療介護部 薬務課

総務部 システム管理課

もくじ

1	薬局機能情報提供制度とは.....	2
2	報告・公表のしくみ.....	5
3	申請者情報登録の手順.....	7
	（1）パソコン動作環境の確認.....	7
	（2）申請者IDの仮登録.....	8
	（3）申請者IDの本登録.....	11
4	初めて電子申請で報告を行う場合.....	12
	（1）報告の方法.....	12
	（2）福岡県での受付処理が終わったら.....	21
5	パソコンに保存している前回報告のデータを流用して報告する方法.....	22
	（1）定期報告の場合.....	22
	（2）変更の場合.....	23
6	パソコンに保存していない前回報告のデータを流用して報告する方法.....	24
7	紙の様式により報告する方法（通常は電子申請を利用してください）.....	26
8	Q&A.....	27
9	問い合わせについて.....	29

参考 薬事法（昭和35年法律第145号）（抄）
薬事法施行規則（昭和36年厚生省令第1号）（抄）
薬事法施行細則（昭和37年福岡県規則第29号）（抄）
様式第6号



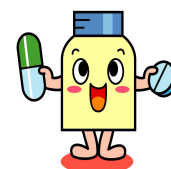
1 薬局機能情報提供制度とは

「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律（平成18年法律第84号）」により、薬事法（昭和35年法律第145号）が改正され、新たに薬局機能情報提供制度に係る規定が設けられました。

この制度は、住民の皆様や医療を受ける方々が薬局の選択を適切に行うことができるよう支援するためのもので、薬局開設者が薬局の機能に関する情報を公表することが義務付けられました。

このため、薬局開設者の皆さんは、薬局の機能に関する情報（「薬事法施行規則別表第1（以下「別表1」といいます。）」に掲げる事項）を県に報告するとともに、その情報を各店舗において閲覧に供しなければなりません。

また、県では皆さんから報告された情報を広く公表しなければなりません。
具体的には次のとおりです。



【薬局の機能に関する情報の報告について】

（新規報告）

- ◆新たに薬局を開設した場合、薬局開設者は薬局に関する情報（「別表1」に掲げる事項）の報告を速やかに行わなければなりません。

（定期報告）

- ◆薬局開設者は、薬局に関する情報の報告を、毎年1回、1月1日から3月31日までに行わなければなりません。

（変更報告）

- ◆薬局に関する情報のうち、「別表1」に掲げる「基本情報」に変更が生じた場合は、速やかに報告しなければなりません。

- ※ 報告は、県のホームページから電子申請にて行ってください。
→報告は、6ページ「電子申請の手順」に沿って行ってください。
→具体的な報告方法は、7ページ～21ページを参照の上、
【申請者情報登録】→【報告】の順に行ってください。

- ※ どうしても電子申請による報告ができない場合に限り、紙の様式による報告を受け付けます。
→報告方法は、26ページ参照



【 薬局における情報の提供について】

◆薬局開設者は、県に報告した内容を自らの薬局で閲覧に供しなければなりません。

その際、書面による閲覧に代えて、電磁的方法（電子メール、インターネット、PC等モニター画面での表示、CD-ROM等の交付）による情報の提供を行うことも可能です。

また、住民・患者等からの薬局機能情報に関する相談・照会等については、適切に対応するよう努めてください。



【県における情報の公表方法について】

◆県は、薬局開設者から報告された薬局の機能に関する情報を福岡県のホームページで公表します。

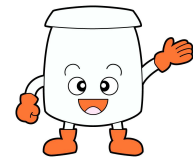
この制度では、県は、薬局開設者から報告された内容を、原則、そのまま公表することとされています。
報告内容に間違いがないよう、十分留意してください。



福岡県ホームページ

<http://www.pref.fukuoka.lg.jp/>





県に報告する事項は次のとおりです。

【薬事法施行規則 別表第1】

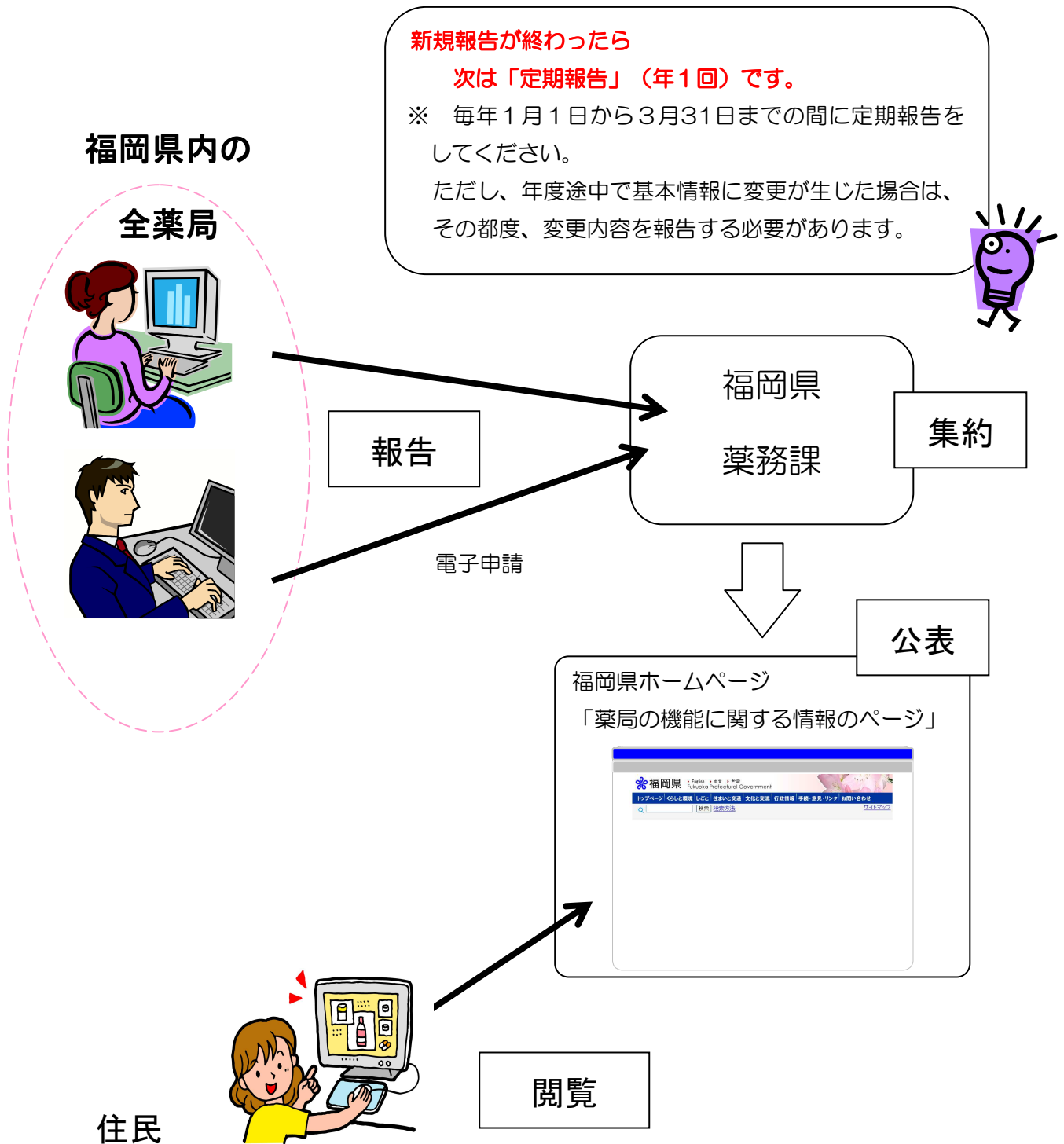
※基本情報は点線で囲んだ事項です

<p>第1 管理、運営、サービス等に関する事項</p> <p>1 基本情報</p> <p>(1) 薬局の名称</p> <p>(2) 薬局開設者</p> <p>(3) 薬局の管理者</p> <p>(4) 薬局の所在地</p> <p>(5) 電話番号及びファクシミリ番号</p> <p>(6) 営業日</p> <p>(7) 営業時間</p> <p>2 薬局へのアクセス</p> <p>(1) 薬局までの主な利用交通手段</p> <p>(2) 薬局の駐車場</p> <p>(i) 駐車場の有無</p> <p>(ii) 駐車台数</p> <p>(iii) 有料又は無料の別</p> <p>(3) ホームページアドレス</p> <p>(4) 電子メールアドレス</p> <p>3 薬局サービス等</p> <p>(1) 相談に対する対応の可否</p> <p>(2) 対応することができる外国語の種類</p> <p>(3) 障害者に対する配慮</p> <p>(4) 車椅子の利用者に対する配慮</p> <p>(5) 受動喫煙を防止するための措置</p> <p>4 費用負担</p> <p>(1) 医療保険及び公費負担等の取扱い</p> <p>(2) クレジットカードによる料金の支払の可否</p>	<p>第2 提供サービスや地域連携体制に関する事項</p> <p>1 業務内容、提供サービス</p> <p>(1) 認定薬剤師（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をいう。）の種類及び人数</p> <p>(2) 薬局の業務内容</p> <p>(i) 無菌製剤処理に係る調剤の実施の可否</p> <p>(ii) 一包化薬に係る調剤の実施の可否</p> <p>(iii) 麻薬に係る調剤の実施の可否</p> <p>(iv) 浸煎（せん）薬及び湯薬に係る調剤の実施の可否</p> <p>(v) 薬局製剤実施の可否</p> <p>(vi) 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</p> <p>(vii) 薬剤服用歴管理の実施の有無</p> <p>(viii) 薬剤情報を記載するための手帳の交付の可否</p> <p>(3) 地域医療連携体制</p> <p>(i) 医療連携の有無</p> <p>(ii) 地域住民への啓発活動への参加の有無</p> <p>2 実績、結果等に関する事項</p> <p>(1) 薬局の薬剤師数</p> <p>(2) 医療安全対策（医薬品の使用に係る安全管理のための責任者の配置の有無）</p> <p>(3) 情報開示の体制</p> <p>(4) 症例を検討するための会議等の開催の有無</p> <p>(5) 処方せんを応需した者（以下この表において「患者」という。）の数</p> <p>(6) 患者満足度の調査</p> <p>(i) 患者満足度の調査の実施の有無</p> <p>(ii) 患者満足度の調査結果の提供の有無</p>
---	--



2 報告・公表のしくみ

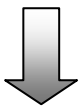
報告は、福岡県のホームページから、電子申請で行ってください。
県では、皆さんからの報告内容を、そのまま県のホームページで公表します。
円滑な薬局情報公開のためにも、電子申請での報告をお願いします。



電子申請の手順



申請者情報登録



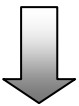
- ・ 7ページからの「申請者情報登録の手順」を参照の上、申請者情報登録をしてください。

薬局の機能に関する情報の報告の入力 → 送信



- ・ 12ページからの「報告の方法」を参照の上、貴薬局の情報を入力し、送信してください。（送信前に印刷できますので、閲覧用にご利用ください。）
- ・ 薬局を新規に開設した場合は、速やかに報告しなければなりません。忘れないように報告をしてください。

到達のお知らせの受信 → 到達番号・問合せ番号の控え



- ・ 申請データが福岡県に到達したことをお知らせします。
- ・ 到達番号・問合せ番号をメモしておいてください。（「印刷」ボタンをクリックすると、画面を印刷できます。）

受付終了のお知らせメール

- ・ 県から受付終了のメールが届いたら終了です。

「新規報告」が終わったら、次は「定期報告」です。
毎年1月～3月までの間に「定期報告」を行ってください。
なお、基本情報に変更がある場合は、速やかに変更の報告をしてください。
(基本情報以外の情報についても適宜報告するよう努めてください。)

手引きは福岡県庁ホームページ（薬務課ホームページ）にも掲載しています。

⇒「定期報告」及び「変更報告」は前回の報告データを流用して報告できます。

「データ流用」の方法

- ・ 前回申請時にデータをパソコンに「データ保存」している場合 ⇒ 22ページ参照
- ・ 「データ保存」をしておらず、システムから前回のデータをダウンロードする場合 ⇒ 24ページ参照



3 申請者情報登録の手順

(1) パソコン動作環境の確認

以下の環境を備えた、インターネットに接続できるパソコンを準備してください。
(必ずしも薬局にあるパソコンでなくても報告できます。)

ソフトウェア

OS 下記のいずれか

- ・ Windows XP (SP2、SP3)
- ・ Windows Vista (SP1、SP2)
- ・ Windows 7

ブラウザ 下記のいずれか

- ・ Internet Explorer 6.0 (Service Pack 1 以降)
- ・ Internet Explorer 7.0
- ・ Internet Explorer 8.0



準備ができれば、次ページ以降を参考に申請者情報の登録をします。

旧システムでの申請者IDをお持ちの方へ

平成23年4月から新システムに移行しましたが、旧システムでの申請者IDは引き継がれていませんので、新たに登録をお願いします。

なお、申請者IDは、任意のIDで登録することができます。

また、旧システムで申請された手続の照会や流用申請などは行えませんのでご了承ください。



(2) 申請者IDの仮登録

① 福岡県ホームページのトップ画面

(<http://www.pref.fukuoka.lg.jp/>) からオンラインサービス「[県への申請・様式ダウンロード](#)」をクリックします。



② 「ふくおか電子申請サービス」が表示されます。これが福岡県電子申請のトップページです。まず、「はじめて利用する方へ」の「[利用規約](#)」をご覧ください。



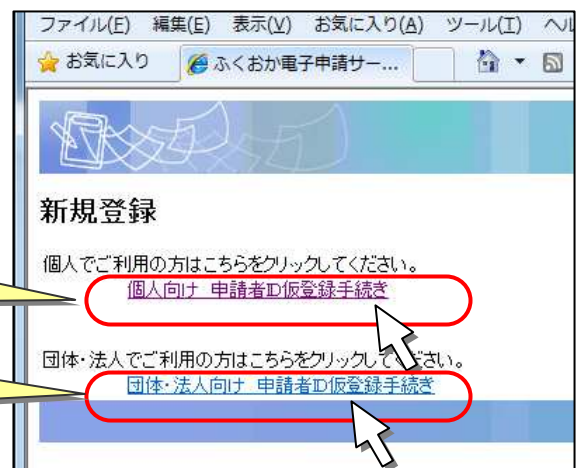
③ 右図の画面に戻り「申請・手続情報」の「[申請者情報登録](#)」をクリックしてください。

④ 次の画面が表示されますので、個人事業者の方は上の「[個人向け 申請者ID仮登録手続き](#)」を、法人事業者の方は下の「[団体・法人向け申請者ID仮登録手続き](#)」をクリックしてください。



個人事業者の方はこちら

法人事業者の方はこちら



次の画面は、個人・法人によって異なります。
(個人・法人の区別は次の画面の先頭に表示されます)

◆個人の場合・・・9ページ

◆法人の場合・・・10ページ

をご覧ください。

⑤ 申請者ID仮登録画面が表示されますので、以下の説明を参考に各項目に入力してください。

【個人の場合】

申請者ID仮登録 (個人でご利用の方)

申請者ID 仮登録の確認
下記の入力フォームに必要な事項を入力し、「登録内容確認」ボタンをクリックしてください。

入力必須項目(必須マーク)について
「申請者ID」、「お名前 姓 名」、「お名前 姓 名(フリガナ)」、「性別」、「郵便番号」、「都道府県」、「市区町村以下」、「市区町村以下(フリガナ)」、「電話番号」、「メールアドレス」は入力必須項目です。
必須項目を入力していない状態で、「登録内容確認」ボタンをクリックするとエラーとなります。

申請者ID 必須 (16 文字まで)	半角英数字で入力してください。
お名前 姓 名 必須 (各 20 文字まで)	全角で入力してください。
お名前 姓 名(フリガナ) 必須 (各 20 文字まで)	全角カタカナで入力してください。
性別 必須	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性
生年月日 必須	年は西暦4桁を半角数字で入力してください。 月、日は、ドロップダウンリストより選択してください 年 1 ・ 月 1 ・ 日
郵便番号 必須 (8 文字)	123-4567 の形式で入力してください。 <input type="button" value="住所検索"/>
都道府県 必須	福岡県
市区町村以下 必須 (120 文字まで)	番地、建物名まで全角で入力してください。
市区町村以下(フリガナ) 必須 (120 文字まで)	全角カタカナで入力してください。
電話番号 必須 (13 文字まで)	012-3456-7890 の形式で入力してください。
FAX番号 (13 文字まで)	012-3456-7890 の形式で入力してください。
携帯電話番号 (13 文字まで)	012-3456-7890 の形式で入力してください。
メールアドレス 必須 (256 文字まで)	半角で入力してください。 複数入力された場合、入力された全てのメールアドレスにメールが送信されます。 パソコン <input type="text"/> 携帯電話 <input type="text"/>

[申請者ID仮登録メニューへ戻る](#)

ここに (個人) と表示されます

申請者 ID
任意の ID を登録してください。

お名前 姓 名
薬局開設者の姓 名 を正しく登録してください。

性別 / 生年月日
薬局開設者の性別、生年月日を入力してください。

住所、電話番号、FAX番号
薬局開設者について入力してください。住所と電話番号は必須入力です。

メールアドレス
県からの連絡先として使用します。
必ず正しく登録してください。
※フリーメールアドレスはご利用いただけません。
※携帯メールをご利用いただけます。
(ドメイン指定受信をしている場合は、「pref.fukuoka.lg.jp」を指定対象に追加してください。)

メールアドレスを間違えると同じ申請者IDで登録ができなくなるので、間違えないようご注意ください!

入力後、「登録内容確認」ボタンをクリックしてください。
※入力事項に誤りがある場合は、エラーが出ますので表示に従って修正してください。
確認画面が表示されたら「この内容で登録」ボタンをクリックしてください。

申請者ID仮登録が終了したらメールを確認してください。
→→→ 11ページへ

【法人の場合】

申請者ID仮登録 (団体・法人でご利用の方)

申請者ID 仮登録の確認
下記の入力フォームに必要な事項を入力し、「登録内容確認」ボタンをクリックしてください。

入力必須項目(必須マーク)について
「申請者ID」、「団体・法人名」、「団体・法人名(フリガナ)」、「代表者 姓名」、「代表者 姓名(フリガナ)」、「郵便番号」、「都道府県」、「市区町村以下」、「市区町村以下(フリガナ)」、「電話番号」、「メールアドレス」は入力必須項目です。
必須項目を入力していない状態で、「登録内容確認」ボタンをクリックするとエラーとなります。

申請者ID <small>(必須) (16文字まで)</small>	半角英数字で入力してください。
団体・法人名 <small>(必須) (40文字まで)</small>	全角で入力してください。
団体・法人名(フリガナ) <small>(必須) (40文字まで)</small>	全角カタカナで入力してください。
役職・部署名 <small>(64文字まで)</small>	全角で入力してください。
役職・部署名(フリガナ) <small>(64文字まで)</small>	全角カタカナで入力してください。
代表者 姓名 <small>(必須) (各20文字まで)</small>	全角で入力してください。
代表者 姓名(フリガナ) <small>(必須) (各20文字まで)</small>	全角カタカナで入力してください。
郵便番号 <small>(必須) (8文字)</small>	123-4567 の形式で入力してください。 <input type="button" value="住所検索"/>
都道府県 <small>(必須)</small>	福岡県
市区町村以下 <small>(必須) (120文字まで)</small>	番地、建物名まで全角で入力してください。
市区町村以下(フリガナ) <small>(必須) (120文字まで)</small>	全角カタカナで入力してください。
電話番号 <small>(必須) (13文字まで)</small>	012-3456-7890 の形式で入力してください。
FAX番号 <small>(13文字まで)</small>	012-3456-7890 の形式で入力してください。
メールアドレス <small>(必須) (256文字まで)</small>	半角で入力してください。 パソコン

[申請者ID仮登録メニューへ戻る](#)

ここに(団体・法人)と表示されます

申請者ID
任意のIDを登録してください。

団体・法人名
薬局開設者の法人名称を正しく登録してください。

役職・部署名
入力の必要はありません。

代表者 姓名
薬局開設者の法人代表者氏名を入力してください。

住所、電話番号、FAX番号
薬局開設者について入力してください。住所と電話番号は必須入力です。

メールアドレス
県からの連絡先として使用します。必ず正しく登録してください。
※フリーメールアドレスはご利用いただけません。

メールアドレスを間違えると同じ申請者IDで登録ができなくなるので、間違えないようご注意ください!



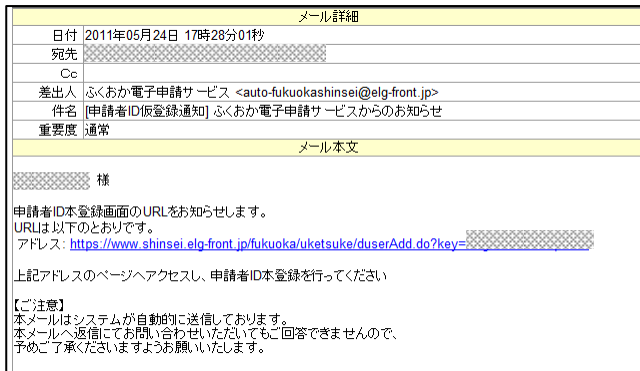
入力後、「登録内容確認」ボタンをクリックしてください。
※入力事項に誤りがある場合は、エラーが出ますので表示に従って修正してください。
確認画面が表示されたら「この内容で登録」ボタンをクリックしてください。



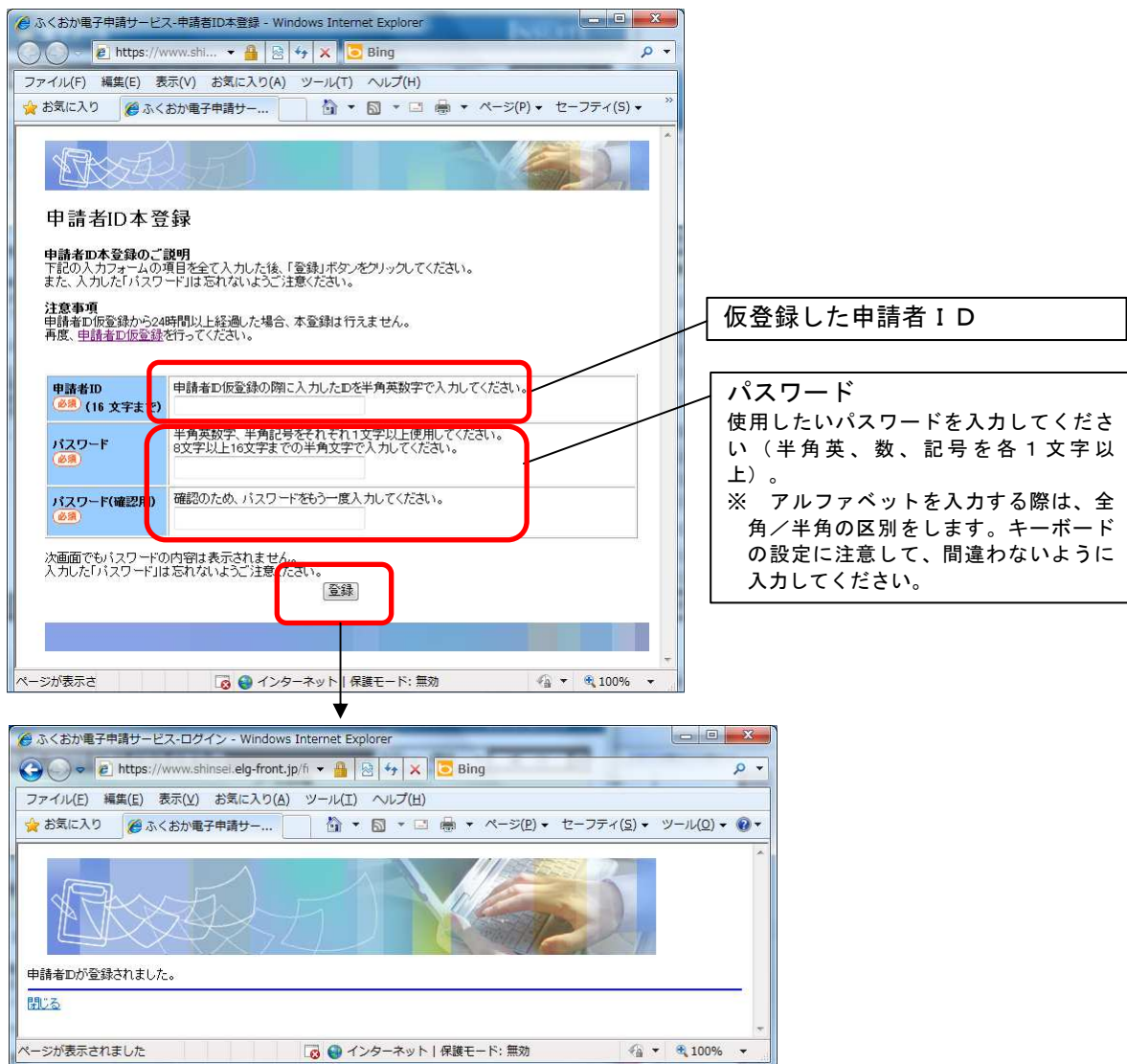
申請者ID仮登録が終了したらメールを確認してください。
→→→ 11ページへ

(3) 申請者IDの本登録

① 仮登録が完了したら、その旨お知らせするメールが届きます。



② [申請者ID本登録画面のURL](#)をクリックし、開いた画面で、先に登録した申請者IDと、パスワードを設定してください。



以上で、申請者情報の登録は完了です。

つづいて、「薬局の機能に関する情報の報告」を行います。

4 初めて電子申請で報告を行う場合

(1) 報告の方法

① 福岡県ホームページのトップ画面

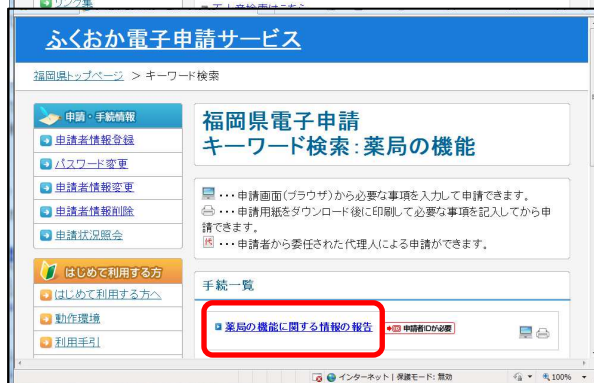
(<http://www.pref.fukuoka.lg.jp/>) からオンラインサービス「**県への申請・様式ダウンロード**」をクリックします。



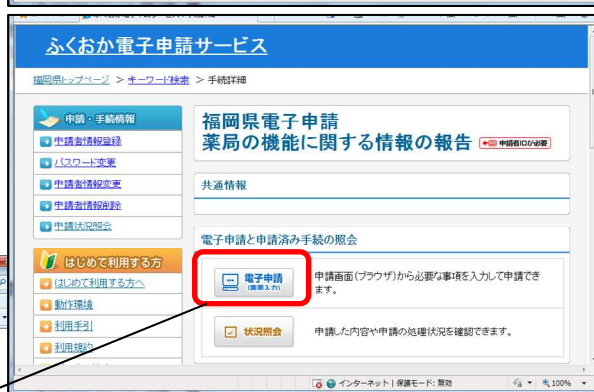
② 「**ふくおか電子申請サービス 福岡県電子申請**」画面が表示されます。



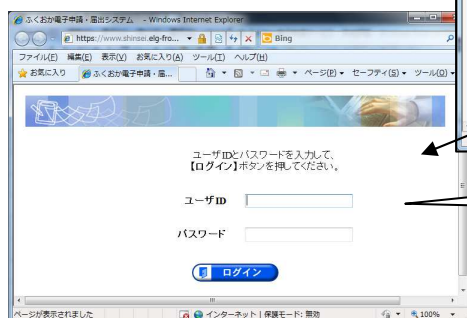
③ 「**キーワード検索**」の入力欄に、「**薬局の機能**」と入力して「**検索**」ボタンをクリックします。



⑤ 画面が変わったら、「**電子申請**」ボタンをクリックします。



⑥ ログイン画面が表示されますので、**ユーザID** (申請者ID) と**パスワード**を入力し、「**ログイン**」ボタンをクリックします。



- ⑦ ログインすると、申請内容入力画面が表示されますので、次を参考に各項目を入力してください。

申請者情報の登録は終わっていますか？

まだの場合はこの手引き7ページ「3 申請者情報登録の手順」を参考に登録してください！



薬局の機能に関する情報の報告 - Windows Internet Explorer

https://www... Bing

ファイル(E) 編集(E) 表示(V) お気に入り(A) ツール(I) ヘルプ(H)

お気に入り 薬局の機能に関する情... ページ(P)

1ページ

***印のある項目は必須入力です。**

文書名
薬局機能情報報告書

文書番号
様式第6号

様式規定法令
(第5条関係)

*** 報告年月日 (半角数字)**
平成 23 年 5 月 25 日

* 郵便番号	810-0041	住所検索
* 住所・所在地カナ	フクオカケン	
* 住所・所在地	福岡県	
法人名カナ		
法人名		
代表者役職名		

ページが インターネット | 保護モード: 無効 100%

(参考) 申請内容入力画面について

ページ最下部のボタンの機能について説明します。

薬局の機能に関する情報の報告 - Windows Internet Explorer

https://www... Bing

ファイル(E) 編集(E) 表示(V) お気に入り(A) ツール(I) ヘルプ(H)

お気に入り 薬局の機能に関する情... ページ(P)

* 情報照射許可の可否	<input type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 否
症例検討体制	[症例を検討するための会議等開催の有無] <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
患者数	[延べ患者数] (半角数字8桁以内: 前年1月1日~12月31日の人数: 概数可) 約 <input type="text"/> 人
患者満足度の調査	[過去1年以内の薬局サービス等に関するアンケート等調査実施の有無] <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
	[上記調査結果の提供の有無] <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無

中止(閉じる) データ読込 データ保存 次へ

次へ

入力内容のチェックが行われ、付帯情報を確認したのち、入力した内容を、様式のスタイルで確認できます。

薬局機能情報報告書

報告年月日

郵便番号 810-0041

住所 福岡県福岡市中央区天神1-1-1

法人名 株式会社ABC

代表者役職名 代表取締役

報告年月日 平成23年5月25日

※ 入力内容のチェックが行われ、付帯情報を確認したのち、入力した内容を、様式のスタイルで確認できます。

印刷ボタン

データ読込

「データ保存」ボタンで一時保存しておいた申請データを読み込んで、編集を再開するためのボタンです。

データ保存

入力している内容を一時保存するためのボタンです。作業を中断する際はバックアップのため、必ずデータを保存してください。

*** バックアップのため、また次の報告に流用するため、「次へ」ボタンをクリックする前に一度データを保存しておいてください。**



***印が付いている項目は必ず入力する項目です。入力もれがないように注意してください。**



一つの画面を表示してから60分を経過すると、自動的にシステムからログアウトします。入力した内容が消えてしまいますので、ある程度入力したら、ページ最下部の「データ保存」ボタンで保存してください。

*** 報告年月日**

報告する日の日付を入力してください。

*** 報告年月日 (半角数字)**

平成 23 年 5 月 27 日

! ご注意ください!

*** 報告区分**

初めて(1回目)の報告のみ「**新規**」
一度報告した内容を変更する場合は
「**変更**」年1回1~3月に報告をする
場合は「**定期報告**」をチェックしてく
ださい。

*** 基本情報の変更項目**

基本情報を変更する場合は、変更する項目をチェックしてください。

※ 開設者や住所の変更に伴って新規に薬局許可申請を行った場合は、「新規」で報告してください。

! ご注意ください!

*** 許可番号**

薬局開設許可証の左上に記載されている番号をそのまま入力してください。

※ 0の有無も区別します。

例: 「第0123号」→「0123」と入力
「第123号」→「123」と入力

*** 薬局の名称**

薬局開設許可証に記載されている「**薬局の名称**」をそのまま入力してください。

**※スペースは入力しないでください。
※フリガナは、カタカナで入力してください。**

*** 薬局開設者**

薬局の開設者の氏名を入力してください。法人にあっては、業務を行う役員のうち代表者の氏名を入力してください。(法人名は入力する必要はありません。)

漢字、カナともに許可申請書または変更届と同じ表記としてください。

*** 薬局の管理者**

薬局の管理者の氏名を入力してください。

許可申請書または変更届と同じ表記としてください。

* 郵便番号	810-0041	住所検索
* 住所・所在地カナ	フクオカケン	
* 住所・所在地	福岡県	
法人名カナ		
法人名		
代表者役職名		
* 氏名 (代表者氏名) カナ		
* 氏名 (代表者氏名)		
* 電話番号		

スクロールしながら最後まで入力してください。

* 報告区分	※該当するものを選択(チェック)してください。 <input type="radio"/> 新規 <input type="radio"/> 変更 <input type="radio"/> 定期報告 (年1回)
--------	---

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)	※該当するものを選択(チェック)してください。(以下同様) <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 開設者や所在地の変更に伴って新規に薬局許可申請を行った場合は、報告区分「 新規 」で報告してください。
* 許可番号	<半角数字10文字以内: 薬局開設許可証の番号> 第 _____ 号
* 薬局の名称	[名称] <全角50文字以内 例: 福岡県庁前薬局> [名称(フリガナ)] <全角50文字以内 例: フクオカケンチョウゾウザイヤクキョウ> [ローマ字表記] <半角100文字以内 例: Fukuokakencho-choza iyakkyoku>
* 薬局開設者	[氏名] <全角50文字以内 例: 福岡 太郎> [氏名(フリガナ)] <全角50文字以内 例: フクオカ タロウ>
* 薬局の管理者 (管理薬剤師)	[氏名] <全角50文字以内 例: 福岡 花子> [氏名(フリガナ)] <全角50文字以内 例: フクオカ ハナコ>

21ページ「ローマ字表記について」を参照してください。

*** 薬局の所在地**
 薬局の所在地を入力してください。
 薬局開設許可証と同じ表記として
 ください。

*** 電話番号等及びファクシミリ
 番号**

営業日及び営業時間において連絡
 可能な番号を入力してください。

営業時間外の対応や24時間対応を
 行っている場合や、夜間・休日営
 業の地域輪番・当番制に参加して
 いる場合はその連絡先の電話番号
 を入力してください。

*** 営業日／営業時間**

営業する曜日をチェックして、
 それぞれに営業時間を入力して
 ください。

！ ご注意ください！

年末年始は12月29日～1月3
 日、お盆は8月13日～15日
 の間に1日でも営業する場合は
 チェックを入れてください。

年末年始の営業について、記入例
 を参考に入力してください。

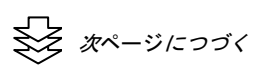
お盆の営業について、記入例を参
 考に入力してください。
 通常営業の場合は、その旨入力
 してください。
 例：通常どおり営業しています。

昼休みや定休日等、その他営業
 日、営業時間に関する情報を入力
 してください。

*** 時間外（休日夜間）の対応**
 営業時間外の対応を入力してくだ
 さい。
 24時間対応が可能である場合、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
 旨が分かるように入力してくだ
 さい。

* 薬局の所在地	[郵便番号] (半角8文字 例: 123-4567)
	[住所] (全角100文字以内 例: 福岡市博多区東公園100-1) 福岡県
	[住所(フリガナ)] (全角100文字以内 例: フクオカシハカタクヒガシコウエン100-1)
	[住所(ローマ字表記)] (半角200文字以内 例: 100-1Higashi-koen,Hakata-ku,Fukuoka-shi)
* 電話番号及び ファクシミリ番号	[代表番号又は受付電話番号等] (半角20文字以内 例: 092-1234-5678)
	[FAX番号] (半角20文字以内 例: 092-1234-5678)
	[夜間・休日用電話番号] (半角20文字以内 例: 092-1234-5678)
* 営業日／営業時間	[営業日と営業時間] 営業する日を選択(チェック)し、営業時間を入力してください。 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> ~ <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> ~ <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> ~ <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> ~ <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> ~ <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> ~ <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> ~ <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 祝 <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> ~ <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年末年始 (12月29日～1月3日の間に営業する場合はチェックしてください。) <input type="checkbox"/> お盆 (8月13日～8月15日の間に営業する場合はチェックしてください。)
	[年末年始の営業] (全角50文字以内 例: 12月29日、1月3日は営業します。 12月30日～1月2日はお休みします。)
	[お盆の営業] (全角50文字以内 例: 8月13日は営業します。 8月14日、15日はお休みします。)
	[その他定休日等] (全角50文字以内 例: 12:00～13:00は昼休みをいただきます。 毎月第3月曜日はお休みします。)
	[時間外(休日夜間)の対応] (全角100文字以内 例: 夜間・休日用電話番号にご連絡ください 等)

そのままホームページで掲載
 されますので、分かりやすい
 表現を心がけてください！

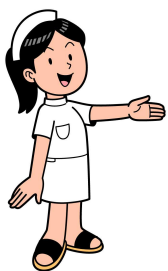


*** 薬局までの主な利用交通手段**
公共交通機関を利用した場合とし、最寄りの駅、停留所の名称及び当該駅や停留所からの徒歩による所要時間を入力してください。

ホームページアドレス
薬局においてホームページを開設している場合はそのURLを入力してください。

電子メールアドレス
電子メールで相談等の対応を行う場合は入力してください。

*** 薬局サービス等**
貴薬局で対応できるサービス等をチェックしてください。



*** 保険薬局の指定**
健康保険法に基づく保険薬局としての指定を受けている場合は「有」、指定を受けていない場合は「無」をチェックしてください。

各法律の規定に基づき保険の指定を受けている場合は該当するものをチェックしてください。

(2) 薬局へのアクセス

* 薬局までの主な利用交通手段	(全角100文字以内 例：西鉄バス県庁前からスグ、 福岡市営地下鉄馬出九大病院前駅より徒歩5分、 JR吉塚駅から徒歩15分)
* 薬局の駐車場	[駐車場の有無] <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 [駐車場を有する場合、その駐車台数] [駐車場を有する場合、有料・無料の別] <input type="radio"/> 有料 <input type="radio"/> 無料
ホームページアドレス	(半角200文字以内 例：http://www.pref.fukuoka.lg.jp/)
相談用電子メールアドレス	(半角100文字以内 例：shinsei@fukuoka.lg.jp) ※電子メールで相談等の対応を行なう場合のみ入力してください。

(3) 薬局サービス等

相談に対する対応の可否	[相談可能な事項] <input type="checkbox"/> お薬相談 <input type="checkbox"/> 誤飲等の中毒相談 <input type="checkbox"/> 禁煙相談 <input type="checkbox"/> その他 [時間外の相談対応可能時間] (全角50文字以内 例：17:00~19:00 (月水金))
対応することができる外国語の種類	[対応可能な外国語の種類] <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 中国語 <input type="checkbox"/> 韓国語 <input type="checkbox"/> その他 (外国語名) :
聴覚障害者に対する配慮	<input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 画面表示 <input type="checkbox"/> 筆談
視覚障害者に対する配慮	<input type="checkbox"/> 音声案内 <input type="checkbox"/> 点字ブロック <input type="checkbox"/> 点字表示
車椅子の利用者に対する配慮	<input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 身体障害者用トイレ <input type="checkbox"/> 車椅子利用者駐車場 <input type="checkbox"/> 点状ブロック <input type="checkbox"/> 昇降機
* 受動喫煙を防止するための措置	<input type="radio"/> 全面禁煙 <input type="radio"/> 喫煙所設置 <input type="radio"/> 未実施

(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="radio"/> 有 <input type="radio"/> 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"/> 原子爆弾被害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	[クレジットカードによる料金の支払の可否] <input type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 否 [取扱カードの種類] <input type="checkbox"/> AMEX (アメリカン・エキスプレス) <input type="checkbox"/> Diners Club International (ダイナースクラブカード) <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> その他 :

認定薬剤師の種類

薬事に関する実務（調剤等業務、薬物治療、医薬品開発）について、中立的かつ公共性のある団体により認定され、またはそれらと同等の制度に基づいて認定された薬剤師の種類を入力してください。

*** 薬局の業務内容**

輸液注射剤等の混合調製に関し、無菌製剤処理施設基準適合を地方社会保険事務局に届け出ている場合は「可」としてください。

一包化調剤（薬包紙を含む）が可能な場合は「可」としてください。

麻薬小売業者免許を有する場合は「可」としてください。

生薬（漢方を含む）の浸煎薬・湯薬を調剤することができる場合は「可」としてください。

薬局製剤の製造販売承認及び製造販売業許可を受けている場合は「可」としてください。
ただし、承認不要の9品目のいずれかについてのみ都道府県知事に製造販売の届出を行っている場合は該当しません。

医療を受ける者の居宅等において処方せんにより調剤業務を行う場合で、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方社会保険事務局に届け出ている場合は「可」としてください。

薬剤服用歴を管理している場合は「有」としてください。

お薬手帳（調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を記載する手帳）の交付及び当該手帳への記載を行っている場合は「可」としてください。

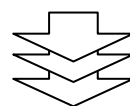
*** 地域医療連帯体制**

医療機関と連携し在宅医療に取り組んでいる場合、または通常の営業日、営業時間外の対応のため、周辺の薬局で構成する輪番制に参加している場合は「有」としてください。

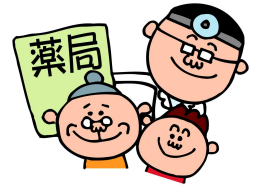
地域住民に対して、地区薬剤師会等が開催している薬の特性や適正使用の必要性等に関する講習会、学校教育等の啓発活動へ参加等を行っている場合は「有」としてください。

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] (全角50文字以内 例: 研修認定薬剤師等)
	[認定薬剤師の合計人数] (半角数字2桁以内) _____ 人
* 薬局の業務内容	[無菌調剤実施の可否] <input type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 否
	[一包化調剤実施の可否] <input type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 否
	[麻薬調剤実施の可否] <input type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 否
	[湯煎薬、湯薬調剤実施の可否] <input type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 否
	[薬局製剤実施の可否] <input type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 否
	[在宅患者訪問調剤実施の可否] <input type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 否
	[薬歴管理実施の有無] <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
* 地域医療連携体制	[「お薬手帳」交付の可否] <input type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 否
	[医療連携 (在宅医療の取組・輪番制への参加) の有無] <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
	[地域住民への薬に関する講習会、学校教育の啓発活動への参加等の有無] <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無



次ページにつづく



*** 薬局の薬剤師数**
薬事に関する実務に従事する薬剤師の数を入力してください。

*** 医療安全対策**
医薬品に係る安全管理責任者を配置している場合は「有」としてください。

*** 情報開示の体制**
患者本人からの求めに基づいて、調剤録、薬歴、レセプト等の情報を開示する場合は「可」としてください。

症例検討体制
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行っている場合は「有」としてください。

患者数
前年に処方せんを応需した延べ患者数を入力してください。

患者満足度の調査
報告する時点から遡って過去1年以内に薬局に来院した患者またはその家族に対し、当該薬局の提供するサービス等に関してアンケート等の調査を行った場合は「有」としてください。
上記調査の結果について、薬局において閲覧できるようにする等、公表を行っている場合は「有」としてください。

③ 実績、結果等に関する事項

* 薬局の薬剤師数	[薬剤師数] (半角数字2桁以内) 〇 人
* 医療安全対策	[医薬品に係る安全管理責任者の有無] <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
* 情報開示の体制	[調剤録、薬歴、レセプト等の情報開示の可否] <input type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 否
症例検討体制	[症例を検討するための会議等開催の有無] <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
患者数	[延べ患者数] (半角数字8桁以内：前年1月1日～12月31日の人数：概数可) 約 〇 人
患者満足度の調査	[過去1年以内の薬局サービス等に関するアンケート等調査実施の有無] <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
	[上記調査結果の提供の有無] <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無

中止(閉じる) データ読込 **データ保存** **次へ**

データ保存
次の報告に流用するため、「次へ」ボタンをクリックする前に一度データを保存しておいてください。

入力項目はここまで！

全ての項目の入力が終わったら、「次へ」ボタンをクリックしてください。 **あとは確認して送信**

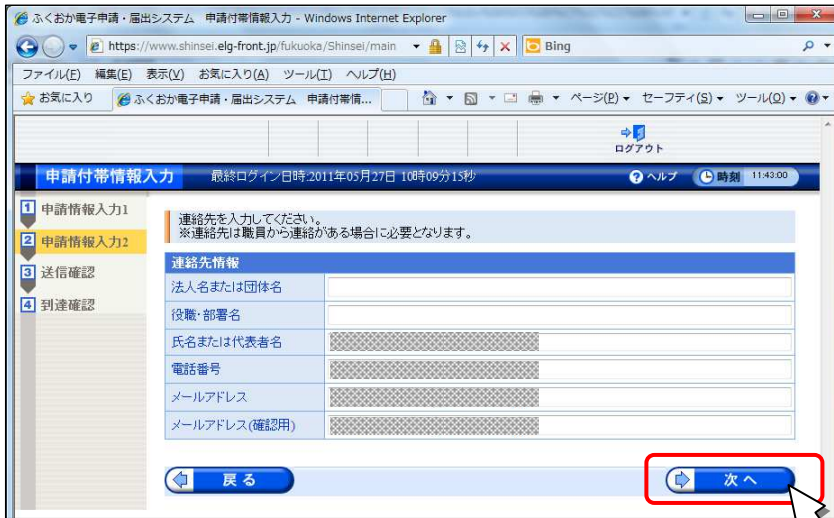
(参考) 「Web ページからのメッセージ」が表示されたら

入力もれや文字形式に誤りがあった場合は、下の「Web ページからのメッセージ」が表示されます。

修正して、再度「次へ」ボタンをクリックしてください。

⑧ 入力もれ等がなければ、「申請付帯情報入力」画面が表示されます。

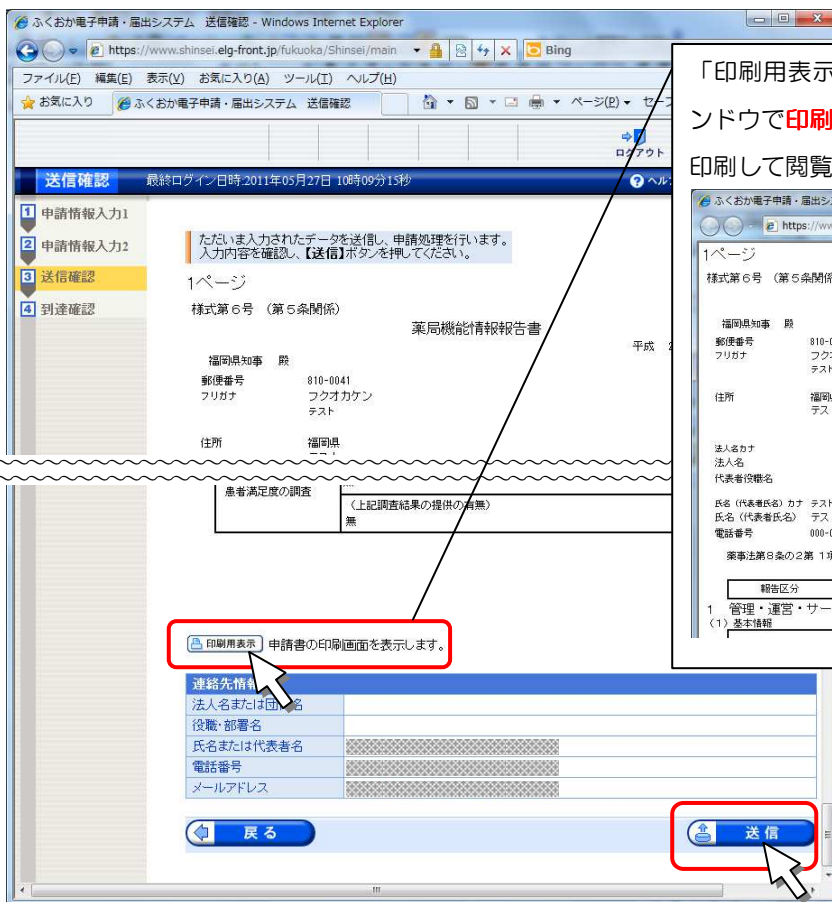
申請付帯情報は申請者情報から自動的に設定されていますので、このまま「次へ」ボタンをクリックしてください。



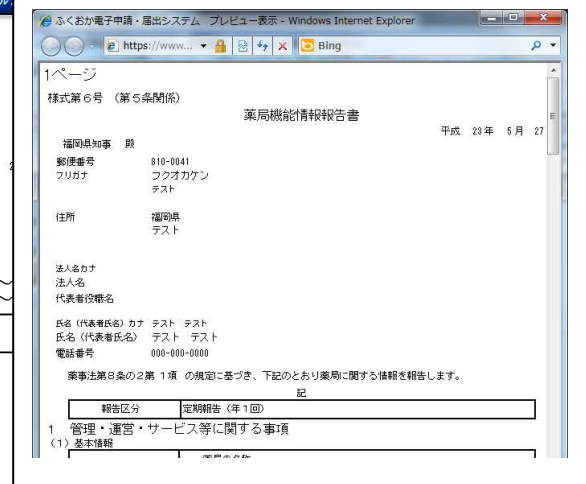
⑨ 「次へ」ボタンをクリックすると、「送信確認」画面が表示されますので、送信前の最終確認をしてください。



報告いただいた内容は、原則としてそのまま福岡県のホームページで公表します。
入力ミス等がないようくれぐれもご注意ください。



「印刷用表示」ボタンをクリックすると、別ウィンドウで印刷用の画面が表示されます。
印刷して閲覧用にご利用ください。



⑩問題がなければ、「送信」ボタンをクリックします。

修正が必要な場合は、「戻る」ボタンをクリックして必要な箇所を修正してください。



送信に少し時間がかかります。
しばらくおまちください。

⑩ 送信した報告書が福岡県に届いたら、「到達確認」画面が表示されます。

画面左下の「印刷」ボタンをクリックすると、この画面を印刷できますので、印刷して保存してください。

この画面が表示されたらOK!




(参考) 印刷用画面での印刷方法
画面左下の「印刷」ボタンをクリックしてください。




(2) 福岡県での受付処理が終わったら

福岡県での報告の受付が終わったら、受付が終了したことをお知らせするメールが届きます。



メールタイトル：
[受付結果通知] ふくおか電子申請サービスからのお知らせ
メール本文：
下記の手続について受付が終了しました。
[手続名]：薬局の機能に関する情報の報告
[申請者名]：●●●●●●●●●●
[到達日時]：●●年●月●日 ●時●分
[到達番号]：●●●●●●●●●●
[受付日時]：●●年●月●日 ●時●分
[受付部署名]：福岡県保健医療介護部薬務課薬事係



報告いただいた内容は、原則としてそのまま福岡県のホームページで公表します。
入力ミス等がないようくれぐれもご注意ください。

※ 訂正が必要な場合は、「変更」の報告をしてください（この手引き23ページを参照）。

ローマ字表記について

ローマ字表記は、下表を参照してください。
なお、本報告においては、単語の1文字目は大文字で記載し、2文字目以降は小文字で記載してください。

あ	A	い	I	う	U	え	E	お	O
か	KA	き	KI	く	KU	け	KE	こ	KO
さ	SA	し	SHI	す	SU	せ	SE	そ	SO
た	TA	ち	CHI	つ	TSU	て	TE	と	TO
な	NA	に	NI	ぬ	NU	ね	NE	の	NO
は	HA	ひ	HI	ふ	FU	へ	HE	ほ	HO
ま	MA	み	MI	む	MU	め	ME	も	MO
や	YA			ゆ	YU			よ	YO
ら	RA	り	RI	る	RU	れ	RE	ろ	RO
わ	WA	ん	N (M)						
が	GA	ぎ	GI	ぐ	GU	げ	GE	ご	GO
ざ	ZA	じ	J I	ず	ZU	ぜ	ZE	ぞ	ZO
だ	DA	ぢ	J I	づ	ZU	で	DE	ど	DO
ば	BA	び	BI	ぶ	BU	べ	BE	ぼ	BO
ぱ	PA	ぴ	PI	ぷ	PU	ぺ	PE	ぽ	PO
きゃ	KYA			きゅ	KYU			きょ	KYO
しゃ	SHA			しゅ	SYU			しょ	SHO
ちゃ	CHA			ちゅ	CHU			ちょ	CHO
にゃ	NYA			にゅ	NYU			にょ	NYO
みゃ	MYA			みゅ	MYU			みょ	MYO
りゃ	RYA			りゅ	RYU			りょ	RYO
ぎゃ	GYA			ぎゅ	GYU			ぎょ	GYO
じゃ	JYA			じゅ	JYU			じょ	JYO
びゃ	BYA			びゅ	BYU			びょ	BYO
ぴゃ	PYA			ぴゅ	PYU			ぴょ	PYO

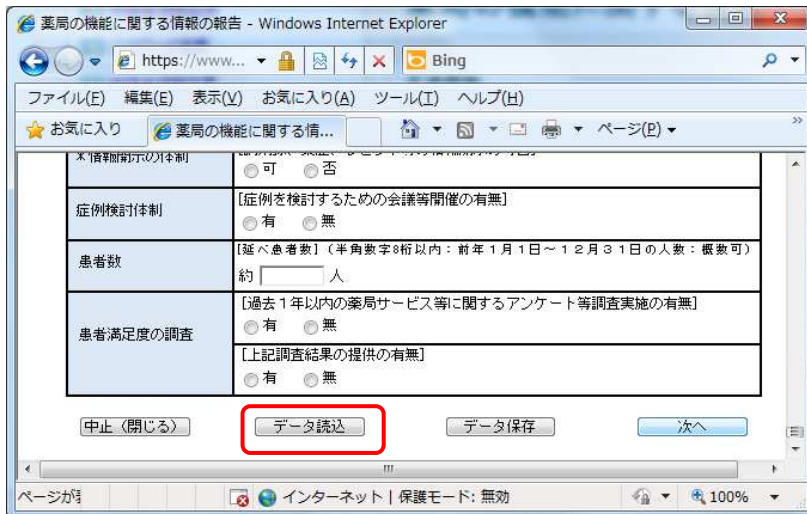
- 本表及びその他用法で注意すべき点**
- 撥音** ヘボン式ではB, M, Pの前にNの代りにMをおく
(例) 難波 (なんば) Namba
本間 (ほんま) Homma
三平 (さんぺい) Sampei
 - 促音** 子音を重ねて示す
(例) 薬局 (やっきょく) Yakkyoku
服部 (はっとり) Hattori
- チ (CHI) チャ (CHA) チョ (CHO) 音に限りその前にTを加える**
(例) 発地 (ほっち) Hotchi
八丁 (はっちょう) Hatcho
- 長音** ヘボン式では長音を表記しない
(例) 調剤 (ちょうざい) Chozai
有限 (ゆうげん) Yugen
河野 (こうの) Kono
大野 (おおの) Ono

5 パソコンに保存している前回報告のデータを流用して報告する方法

(1) 定期報告の場合

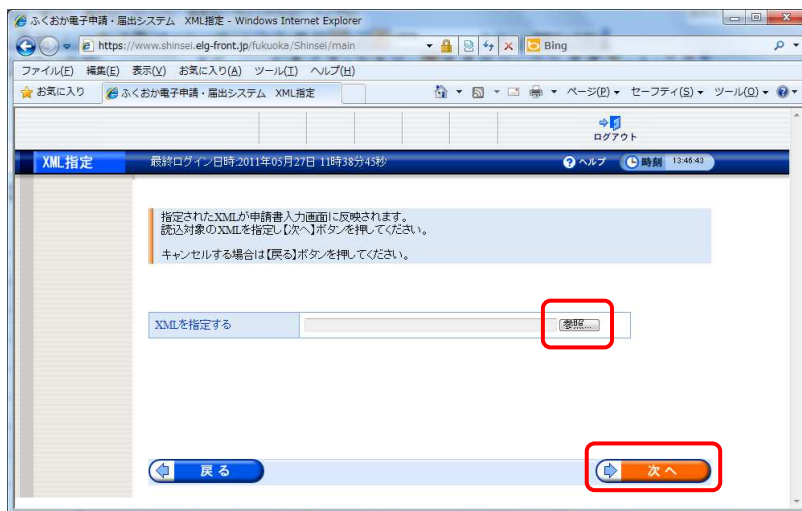
※ 定期報告は、毎年1月1日から3月31日までにおこなってください。

- ① 12ページの方法で、手続きを選択し、ログインします。
- ② 申請内容入力画面の最下部まで画面をスクロールさせ、「データ読込」ボタンをクリックします。



- ③ 13ページの方法で、保存したデータを読み込みます（参照ボタンをクリックし、ファイルを選択して、「次へ」ボタンをクリックします）。

※ 前回申請時にデータ保存をしていない場合は、申請状況照会を行って、履歴からデータを取得してください。（⇒24ページ「6 システムに保存されている前回報告のデータを流用して報告する方法」を参照してください。）



- ④ 申請内容入力画面の各項目に前回入力した申請データがセットされますので、「報告区分」の「定期報告」をチェックし、表示された内容を確認します。

代表者役職名	
* 氏名（代表者氏名） カネ	
* 氏名（代表者氏名）	
* 電話番号	
* 報告区分	※該当するものを選択（チェック）してください。 <input type="radio"/> 新規 <input type="radio"/> 変更 <input checked="" type="radio"/> 定期報告（年1回）

1 管理・運営・サービス等に関する事項
(1) 基本情報

「3 実績、結果に関する事項」など、更新が必要な事項は忘れずに入力しなおしてください。



あとは新規の場合と同じです。

(2) 変更の場合

※ 年度途中で基本情報に変更があった場合は、速やかに変更後の内容を報告してください。

- ① 12ページの方法で、手続きを選択し、ログインします。
- ② 申請内容入力画面の最下部まで画面をスクロールさせ、「データ読み込」ボタンをクリックします。

The screenshot shows a web browser window with the URL 'https://www...'. The page title is '薬局の機能に関する情報の報告'. The form contains several sections with radio buttons for selection:

- 情報開示の体制: 可 否
- 症例検討体制: [症例を検討するための会議等開催の有無] 有 無
- 患者数: [延べ患者数] (半角数字8桁以内: 前年1月1日~12月31日の人数: 概数可) 約 人
- 患者満足度の調査: [過去1年以内の薬局サービス等に関するアンケート等調査実施の有無] 有 無
- [上記調査結果の提供の有無] 有 無

At the bottom, there are buttons: '中止(閉じる)', 'データ読み込' (highlighted with a red box), 'データ保存', and '次へ'.

- ③ 13ページの方法で、保存したデータを読み込みます（参照ボタンをクリックし、ファイルを選択して、「次へ」ボタンをクリックします）。

※ 前回申請時にパソコンにデータ保存をしていない場合は、申請状況照会を行って、履歴からデータを取得してください。（⇒24ページ「6 パソコンに保存していない前回報告のデータを流用して報告する方法」を参照してください。）

The screenshot shows the 'XML指定' screen. It contains a message box with the following text:

指定されたXMLが申請書入力画面に反映されます。
読込対象のXMLを指定し[次へ]ボタンを押してください。
キャンセルする場合は[戻る]ボタンを押してください。

Below the message box is a text input field labeled 'XMLを指定する' and a '参照...' button (highlighted with a red box). At the bottom, there are '戻る' and '次へ' buttons (the latter is highlighted with a red box).

- ④ 申請内容入力画面の各項目に前回入力した申請データがセットされますので、「報告区分」の「変更」をチェックし、表示された内容を確認します。

The screenshot shows a form with the following fields:

- 代表者役職名:
- * 氏名 (代表者氏名) カナ:
- * 氏名 (代表者氏名):
- * 電話番号:
- * 報告区分: 新規 変更 定期報告 (年1回)

A red box highlights the '変更' radio button. A mouse cursor is pointing at it.

基本情報以外の情報についても、変更があったら適宜報告をするよう努めてください。

あとは新規の場合と同じです。

6 パソコンに保存していない前回報告のデータを流用して報告する方法

ご注意ください

- ・ 前回申請した時の申請者IDでのログインが必要です。異なるIDでは、照会できません。前回の申請者IDが不明の場合は、新規に入力してください。
- ・ 前回の申請から1年以上経過した申請データは、照会期間が終了している為、照会はできません。新規に入力してください。

(1) 画面左側のメニュー「申請状況照会」をクリックします。



(2) 到達番号の形式が99999999999999999999 (数字18桁) の場合をクリックします。



申請した内容を参照する場合は、到達番号形式に応じて下記リンクをクリックしてください。

[到達番号の形式が 999 999 999 9999 \(数字+アンダーバー\) の場合](#)

[到達番号の形式が 99999999999999999999 \(数字18桁\) の場合](#)

(3) 《ログイン》画面が表示されます。電子申請システムにログインします。

- ① 必ず、前回申請した時のユーザID（申請者ID）とパスワードを入力します。
- ② ログインをクリックします。 <<申請一覧>>画面が表示されます。



(4) 《申請一覧》画面が表示されます。

- ① 前回の申請書であることを確認して、**詳細**をクリックします。

検索条件を入力し、【検索】ボタンを押してください。

到達番号	
到達日付	年 月 日 ~ 年 月 日
取扱状況	
納付状況	
手続名称	手続選択
委任状登録番号	
団体名称	
最大検索件数	

検索 クリア

1件の申請が該当しています。
申請データの詳細を表示するには、【詳細】ボタンを押してください。

選択	到着	手続名称	到達日時	取扱状況	納付状況	団体名称	詳細
	到達番号	委任状登録番号	2013年03月27日 16時33分45秒	到達	---	A市	詳細

(5) 《取扱状況詳細》画面が表示されます。

申請書類一覧を確認します。

- ① **申請書類一覧**をクリックします。

申請・届出の流れ

到達 → 受付開始 → 審査開始 → 審査終了 → 手続終了

手数料情報	手数料は必要ありません。
連絡	職員からの新規連絡はありません。
補正	現在、補正要求はされていません。
通知書類	現在、職員からの通知はありません。
取下げ	取下げは行っていません。
履歴	申請の履歴を確認することができます。
申請書類一覧	申請書の内容を確認することができます。
別送先	別送書類の送り先住所は、以下の通りです。

戻る

《申請書類一覧》画面が表示されます。

- ② 取得欄の**取得**をクリックします。

提出した書類の最新状態の一覧です。
提出した書類を取得する場合は各書類の【取得】ボタンを押してください。

申請種別	書類名	ファイル名	到達日時	受取日時	取得	表示
申請書		S20100319000002_1.xml	2010年03月19日 14:44:01	---	取得	表示

連絡先情報

法人名または団体名	
役職・部署名	
氏名または代表者名	申請 太郎
電話番号	999-9999-9999
メールアドレス	shinsettaro@xxx.xxx.jp

戻る

- ③ ファイルのダウンロード画面が表示されます。申請書データをパソコンに保存します。



- (6) 22ページの「定期報告」または23ページの「変更報告」に戻り、保存したデータを「データ読込」で表示します。

7 紙の様式により報告する方法（通常は電子申請を利用してください）

ご注意ください

紙による報告は、電子申請での報告ができない場合に限り受け付けます。



(1) 様式の入手方法

この手引きに添付している様式（様式第6号）をコピーしてご利用ください。
なお、変更報告、定期報告も同じ様式で報告してください。

(2) 記入方法

報告書の記入方法については、この手引きの14ページから18ページを参照し、電子申請の場合に準じて記入してください。

紙で報告された場合、県で手入力を行います。読み間違い等が生じないように、簡潔に、楷書で読みやすい文字で記入してください。

お願い



紙で報告された情報は、県で手入力を行います。新規報告の場合は、報告された情報を原則そのまま入力します。また、変更報告、定期報告の場合は、以前報告され入力した情報を呼び出して、変更箇所のみ訂正入力します。

このため、変更報告、定期報告の場合は、変更箇所が容易に分かるように、その部分を赤ペンで囲んでください。

(3) 提出方法

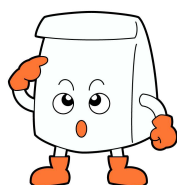
内容を記入したら、下記へ郵送してください。（送料はご負担ください。）

<送付先> 〒812-8577（福岡市博多区東公園7番7号）

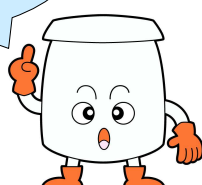
※郵便番号を記載していただくと住所は記載する必要はありません。

福岡県 保健医療介護部 薬務課 薬事係
「薬局の機能に関する情報の報告」担当宛

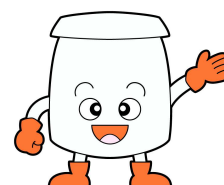
手続は
電子申請で！



余裕を持って報告
してください！



操作方法が分からない場合は
ヘルプデスクにお電話を！
Tel: 0120-96-9064



8 Q&A

Q1 1月から3月の間に新たに薬局を開設した場合、新規報告とは別に定期報告をする必要はありますか？

A1 1月から3月の間に新たに薬局を開設した場合は、速やかに新規報告を行えば、別途定期報告を行う必要はありません。

Q2 報告後、入力間違いに気づいた場合、どうしたらいいですか？

A2 電子申請で、「変更」の報告をしてください。この手引きの23ページの「変更の場合」を参照してください。

Q3 次回の定期報告までの間に、基本情報以外の情報に変更があった場合、報告する必要がありますか？

A3 基本情報以外の情報については、定期報告の際に併せて報告することで足りるとされていますが、住民・患者等が薬局の選択を適切に行うために正確で適切な情報を提供するという法の趣旨から、基本情報以外の情報についても、適宜報告をするよう努めてください。報告の方法は、この手引きの23ページの「変更の場合」を参照してください。

Q4 定期報告の際、基本情報に変更があったことに気づきました。報告区分は「定期報告」と「変更」のどちらを選んだらいいですか？

A4 報告項目を「定期報告」とし、基本情報の変更項目にもチェックしてください。

Q5 薬局を廃止した場合はどうしたらいいですか？

A5 薬局を廃止した場合、電子申請での報告は不要です。
県に提出される「廃止届」をもとに、県で当該薬局のデータを削除します。

Q6 開設者の変更により、許可番号が変わった場合はどうしたらいいですか？

A6 「新規」での報告が必要です。
新たに薬局を開設した者は、速やかに当該薬局に関する情報を報告しなければなりません。

Q7 薬局の移転により、許可番号が変わった場合はどうしたらいいですか？

A7 「新規」での報告が必要です。

薬局の移転の場合も、新規開設となります。新たに薬局を開設した場合、薬局開設者は速やかに当該薬局の情報を報告しなければなりません。

Q8 報告をしないとどうなるのですか？

A8 薬局開設者が報告を行わない場合又は虚偽の報告を行ったと認められる場合には、県は、薬事法第72条の3に基づき、期間を決めて、薬局開設者に対し、報告の要請又はその報告の内容の是正を行うよう命ずることができます。

Q9 申請者ID（ユーザID）は変更できますか？

A9 申請者ID（ユーザID）の変更はできません。

Q10 薬局を新規に開設した場合、申請者IDはどうしたらいいですか？

A10 申請者IDは、任意のIDで申請者情報登録をしてください。

Q11 同一開設者で複数の薬局を開設している場合、それぞれの薬局ごとに申請者情報登録が必要ですか？

A11 開設者で1つの登録、又は薬局ごとに1つずつの登録、どちらでも構いません。なお、電子申請で、一度報告した情報を変更・修正する場合、申請者IDごとに過去に申請したデータを呼び出して修正します。

複数の薬局の情報を1つの申請者IDで報告すると、過去に報告した複数の薬局のデータが全て画面に表示されますので、変更・修正したいデータの特定にはご注意ください。

Q12 パスワードの変更はできますか？

A12 できます。

「ふくおか電子申請サービス 福岡県電子申請」画面の「パスワード変更」から変更してください。パスワードは、定期的に変更することをお勧めします。



9 問い合わせについて

報告の内容に関するお問い合わせは、福岡県 保健医療介護部 薬務課 薬事係まで
電話番号（直通）092-643-3284

※ 月曜日から金曜日（祝日、年末年始を除く）のAM8:30~PM5:15



操作方法に関するお問い合わせは、「電子申請サービスヘルプデスク」まで
電話番号：0120-96-9064

※ 月曜日から金曜日（祝日、年末年始を除く）のAM9:00からPM5:00

メール：help-fukuokashinsei@elg-front.jp



「薬局の機能に関する情報の報告」の手引き

平成25年4月1日 第6版発行

発行者：福岡県保健医療介護部 薬務課 薬事係

福岡県総務部 システム管理課 運用係

この手引きのイラストは、

(株)エム・ピー・シー「薬と予防イラスト集」を使用しています。