

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行細則様式第6号新旧対照表

改正後	現行				
<p>様式第6号(第5条関係)</p> <p style="text-align: center;">薬局機能情報報告書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>福岡県知事 殿</p> <p>郵便番号(〒 —)</p> <p>フリガナ</p> <p>住 所(法人にあつては、主たる事務所の所在地)</p> <p>フリガナ</p> <p>氏 名(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)</p> <p style="text-align: right;">㊟</p> <p>電話番号 () —</p> <p>医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第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。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">報 告 区 分</td> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/>新規 (年1回) <input type="checkbox"/>変更 <input type="checkbox"/>定期報告 </td> </tr> </table>	報 告 区 分	<input type="checkbox"/> 新規 (年1回) <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 定期報告	<p>様式第6号(第5条関係)</p> <p style="text-align: center;">薬局機能情報報告書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>福岡県知事 殿</p> <p>郵便番号(〒 —)</p> <p>フリガナ</p> <p>住 所(法人にあつては、主たる事務所の所在地)</p> <p>フリガナ</p> <p>氏 名(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)</p> <p style="text-align: right;">㊟</p> <p>電話番号 () —</p> <p>医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第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。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">報 告 区 分</td> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/>新規 (年1回) <input type="checkbox"/>変更 <input type="checkbox"/>定期報告 </td> </tr> </table>	報 告 区 分	<input type="checkbox"/> 新規 (年1回) <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 定期報告
報 告 区 分	<input type="checkbox"/> 新規 (年1回) <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 定期報告				
報 告 区 分	<input type="checkbox"/> 新規 (年1回) <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 定期報告				

	*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

基本情報等の変更項目 (変更の場合)	<input type="checkbox"/> 薬局の名称 <input type="checkbox"/> 電話番号 及びファクシミリ番号 <input type="checkbox"/> 薬局開設者 <input type="checkbox"/> 営業日 <input type="checkbox"/> 薬局の管理者 <input type="checkbox"/> 開店時間 <input type="checkbox"/> 薬局の所在地 <input type="checkbox"/> 開店時間 外で相談できる時間 <input type="checkbox"/> 健康サポート薬局である旨 の表示 <input type="checkbox"/> 薬剤師不在時間の有無
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 (法人にあっては、名称及び 代表者の氏名)	法人の名称
	フリガナ
	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(〒 —)

	*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

基本情報等の変更項目 (変更の場合)	<input type="checkbox"/> 薬局の名称 <input type="checkbox"/> 電話番号 及びファクシミリ番号 <input type="checkbox"/> 薬局開設者 <input type="checkbox"/> 営業日 <input type="checkbox"/> 薬局の管理者 <input type="checkbox"/> 開店時間 <input type="checkbox"/> 薬局の所在地 <input type="checkbox"/> 開店時間 外で相談できる時間 <input type="checkbox"/> 健康サポート薬局である旨 の表示
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 (法人にあっては、名称及び 代表者の氏名)	法人の名称
	フリガナ
	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
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 FAX番号 対応出来ない時間帯等
営 業 日	月： <input type="checkbox"/> 火： <input type="checkbox"/> 水： <input type="checkbox"/> 木： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 金： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 土： <input type="checkbox"/> 日： <input type="checkbox"/> 祝： <input type="checkbox"/> 年末 年始： <input type="checkbox"/> お盆： <input type="checkbox"/> 他 そ の ()
開 店 時 間	開店時間 開店時間外(休日夜間)の対応
開店時間外で相談できる時間	

(2) 薬局へのアクセス

薬 局 ま で の 主 な 利 用 交 通 手 段	
薬 局 の 駐 車 場	<input type="checkbox"/> 有 駐車台数 台 <input type="checkbox"/> 有料 <input type="checkbox"/> 無料 <input type="checkbox"/> 無
ホームページアドレス	http://
電子メールアドレス	

(3) 薬局サービス等

	フリガナ
	ローマ字表記
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 FAX番号 対応出来ない時間帯等
営 業 日	月： <input type="checkbox"/> 火： <input type="checkbox"/> 水： <input type="checkbox"/> 木： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 金： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 土： <input type="checkbox"/> 日： <input type="checkbox"/> 祝： <input type="checkbox"/> 年末 年始： <input type="checkbox"/> お盆： <input type="checkbox"/> 他 そ の ()
開 店 時 間	開店時間 開店時間外(休日夜間)の対応
開店時間外で相談できる時間	

(2) 薬局へのアクセス

薬局までの主な利用交通手段	
薬局の駐車場	<input type="checkbox"/> 有 駐車台数 台 <input type="checkbox"/> 有料 <input type="checkbox"/> 無料 <input type="checkbox"/> 無
ホームページアドレス	http://
電子メールアドレス	

(3) 薬局サービス等

健康サポート薬局である旨の表示	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
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"/> 健康相談 <input type="checkbox"/> 誤飲等の中毒相談 <input type="checkbox"/> 禁煙相談 <input type="checkbox"/> その他
薬剤師不在時間の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
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) <input type="checkbox"/> 事前連絡があれば対応可能
	対応のレベル
聴覚障がいのある人に対する配慮	<input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 画面表示 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 事前連絡があれば対応可能
視覚障がいのある人に対する配慮	<input type="checkbox"/> 音声案内 <input type="checkbox"/> 点字ブロック <input type="checkbox"/> 点字表示 <input type="checkbox"/> 事前連絡があれば対応可能
車椅子の利用者に対する配慮	車椅子での来局 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 身体障がい者用トイレ <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 <input type="checkbox"/> バリアフリー構造(「高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律」に基づく基礎的基準に適合)
受動喫煙を防止するための措置	<input type="checkbox"/> 全面禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙所設置 <input type="checkbox"/> 未実施

(4) 費用負担

健康サポート薬局である旨の表示	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
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"/> 健康相談 <input type="checkbox"/> 誤飲等の中毒相談 <input type="checkbox"/> 禁煙相談 <input type="checkbox"/> その他
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) <input type="checkbox"/> 事前連絡があれば対応可能
	対応のレベル
聴覚障がいのある人に対する配慮	<input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 画面表示 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 事前連絡があれば対応可能
視覚障がいのある人に対する配慮	<input type="checkbox"/> 音声案内 <input type="checkbox"/> 点字ブロック <input type="checkbox"/> 点字表示 <input type="checkbox"/> 事前連絡があれば対応可能
車椅子の利用者に対する配慮	車椅子での来局 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 身体障がい者用トイレ <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 <input type="checkbox"/> バリアフリー構造(「高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律」に基づく基礎的基準に適合)
受動喫煙を防止するための措置	<input type="checkbox"/> 全面禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙所設置 <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 生活保護法 <input type="checkbox"/> 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律 <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"/> 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律 <input type="checkbox"/> 児童福祉法 <input type="checkbox"/> 難病の患者に対する医療等に関する法律 <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

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"/> 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律 <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"/> 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律 <input type="checkbox"/> 児童福祉法 <input type="checkbox"/> 難病の患者に対する医療等に関する法律 <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	認定名称、認定団体名及び各認定薬剤師の人数	
	合計人数	人
健康サポート薬局研修を修了した薬剤師の人数		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

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	認定名称、認定団体名及び各認定薬剤師の人数	
	合計人数	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	<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
	電磁的記録による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
	「電子版お薬手帳」対応の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
地域医療連携体制	医療連携の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	プロトコルに基づいた薬物治療管理の取組の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	地域医療情報連携ネットワークへの参加の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	退院時の情報を共有する体制の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	受診勧奨情報等を医療機関に提供する体	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

	施の可否	
	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

	制の有無	
	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	
医療安全対策の実施	副作用報告の実施件数	_____件
	医療安全対策事業への参加の有無	<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)	
医療を受ける者の居宅等において行う調剤業務の実施件数	_____件	
健康サポート薬局研修を修了した薬剤師が地域ケア会議等に参加した回数	_____回	
患者の服薬状況等を医療機関に提供した回数	_____回	

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	医薬品の使用に係る安全な管理のための責任者の配置の有無	<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)	
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

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