

薬局自己チェック表

チェック欄に○、×、－(該当なし)のいずれかを記載してください。
項目欄及び備考欄について、確認した口の項目にはレ点チェックしてください。

は、取扱いがある薬局のみチェックしてください。

薬局名称: _____ 記入年月日: _____ 記入者: _____

※太枠内が許可基準

	項目	チェック	備考
届出	許可・届出事項に変更が生じた場合、届出をしているか。		開設者、従事者、営業時間、構造設備等
業務を行う体制	調剤 開店時間内は、常時、調剤薬剤師が勤務しているか。 <small>(勤務時間数総和) (開店時間総和)</small> 時間 分 ≥ 時間 分		項目欄に時間数を記入してください。 ※時間数は1週間で計算
	調剤 調剤薬剤師数は、必要員数以上であるか。 <small>(薬剤師数) (必要員数) (取扱処方箋数)</small> $\text{人} \geq \text{人} = \frac{\text{枚}}{\text{日}}$ 【※常勤換算】 ≥ 【計算結果】※端数切上 40		項目欄に薬剤師数、必要員数と取扱処方箋数を記入してください。 ※眼科・耳鼻咽喉科・歯科の処方箋は2/3を乗じて算定
	営業時間又は営業時間外で相談を受ける時間内は、相談があった場合に資格者による情報提供又は指導を行うための体制を備えているか。		
	販売 (特定販売を行う場合)実店舗の開店時間は適正か。		※開店時間が週30時間以上かつ深夜(22時～5時)以外が週15時間以上
	販売 医薬品販売時は、常時、販売に従事する資格者がいるか。要指導医薬品、第1類医薬品の販売時には、常時、販売薬剤師がいるか。		
	業務を行う体制 <small>一要指導医薬品</small> <small>勤務時間</small> 時間 分 ≥ 時間 分 <small>情報提供</small> カ所 ≥ 時間 分 <small>販売時間</small> 計算結果 【 時間 分 】		項目欄に時間数を記入してください。 ※薬剤師及び登録販売者の勤務時間の総和
	業務を行う体制 <small>第1類医薬品</small> <small>勤務時間</small> 時間 分 ≥ 時間 分 <small>情報提供</small> カ所 ≥ 時間 分 <small>販売時間</small> 計算結果 【 時間 分 】		項目欄に時間数を記入してください。 ※薬剤師の勤務時間の総和
	開設者 指針、業務手順書を作成し、次の内容を記載しているか。 <input type="checkbox"/> 調剤業務に係る医療安全の確保 <input type="checkbox"/> 調剤された薬剤及び医薬品の情報提供等に係る適正な管理 <input type="checkbox"/> 偽造医薬品の流通防止に向けた対策(H30.1.31施行)※		※ <input type="checkbox"/> 医薬品の譲受時の確認(包装の破損等) <input type="checkbox"/> 偽造医薬品等の返品の際の取扱い <input type="checkbox"/> 貯蔵設備への立入者の特定・方法 <input type="checkbox"/> 偽造医薬品や品質に疑念のある医薬品発見の際の具体的手順 <input type="checkbox"/> 医薬品の取引状況の継続的な確認等 <input type="checkbox"/> 管理者の責任において行う業務範囲等 <input type="checkbox"/> 医薬品の譲受譲渡における納品書の同封 <input type="checkbox"/> その他(分割販売時の記載方法・販売包装単位での調剤など)
	開設者 薬局内で次の体制が整備されているか。 <input type="checkbox"/> 従業員に対する研修 <input type="checkbox"/> 従業員からの事故報告 <input type="checkbox"/> 情報の収集及び適正な管理、販売を目的とした改善のための方策 <input type="checkbox"/> 業務手順書に基づく業務の実施		詳しい内容については、薬生発1005第1号(平成29年10月5日)の通知文を参照
	開設者 研修を実施しているか。		<input type="checkbox"/> 研修の実施 <input type="checkbox"/> 記録 <input type="checkbox"/> 登録販売者に対する外部研修

構造設備	1	購入者等が容易に出入りできる構造であるか。薬局であることが外観から明らかであるか。	<input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> その他()で表示
	2	換気が十分であり、かつ、清潔であるか。	<input type="checkbox"/> 天井、壁、床の材料は清掃が容易に行える材質
	3	他の薬局、店舗、住居及び不潔な場所と明確に区別されているか。 ※併設店舗で他店の営業時間と異なる場合に閉鎖できる構造であるか。	<input type="checkbox"/> 隔壁、その他()で区分 <input type="checkbox"/> 薬局内が通路となっていない
	4	面積は、おおむね19.8㎡以上とし、薬局の業務を適切に行うことができるものであるか。	<input type="checkbox"/> 算定面積(㎡) <input type="checkbox"/> 天井高さ2.1m以上 <input type="checkbox"/> 直置きなし 【複数階の場合】 <input type="checkbox"/> 同一性、連続性 <input type="checkbox"/> 一つの面積16.5㎡以上
	5	医薬品陳列・交付場所は60ルックス以上、調剤台上は120ルックス以上の明るさを有するか。	
	6	開店時間のうち、要指導医薬品又は一般用医薬品を販売しない時間がある場合は、医薬品を陳列、交付する場所を閉鎖できる構造であるか。	閉鎖構造及び販売できない旨の表示
	7	冷暗貯蔵設備があるか。	<input type="checkbox"/> 遮光措置あり
	8	鍵のかかる貯蔵設備があるか。	
	9	貯蔵設備を設ける区域が、他の区域から明確に区別されていること。	
	10	調剤室は適合するものであるか。 イ 6.6㎡以上であるか。 ロ 天井及び床は板張り、コンクリート、これらに準じるものであるか。 ハ 購入者等が進入できないような措置が採られているか。	<input type="checkbox"/> 室内を他への通路としていない <input type="checkbox"/> 室内が可視(高さ0.9m以上が透明ガラス) <input type="checkbox"/> 給排水設備 <input type="checkbox"/> 鍵のかかる貯蔵設備 【要冷蔵毒薬を保管する場合】 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫内に鍵のかかる設備又は冷蔵庫に鍵
	11	(1) 要指導医薬品の陳列区画(陳列設備から1.2m以内の範囲)に購入者等が進入できない等の措置が採られているか。 (2) 開店時間のうち、要指導医薬品を販売しない時間がある場合は、陳列区画を閉鎖できる構造であるか。【→販売しない時間(有無)】	<input type="checkbox"/> 1.2m以内 <input type="checkbox"/> 鍵付き設備 <input type="checkbox"/> 手にとれない設備()
			閉鎖構造及び販売できない旨の表示
	12	(1) 第1類医薬品の陳列区画(陳列設備から1.2m以内の範囲)に購入者等が進入できない等の措置が採られているか。 (2) 開店時間のうち、第1類医薬品を販売しない時間がある場合は、陳列区画を閉鎖できる構造であるか。【→販売しない時間(有無)】	<input type="checkbox"/> 1.2m以内 <input type="checkbox"/> 鍵付き設備 <input type="checkbox"/> 手にとれない設備()
			閉鎖構造及び販売できない旨の表示
	13	イ 調剤室に近接する場所であるか。	
ロ 要指導医薬品を陳列する場合は、陳列区画の内部又は近接する場所にあるか。		<input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 近接	
ハ 第1類医薬品を陳列する場合は、陳列区画の内部又は近接する場所にあるか。		<input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 近接	
ニ 指定第2類医薬品を陳列する場合は、その陳列設備から7m以内の範囲にあるか。(鍵付き設備や1.2m以内侵入不可の場合は除外)		<input type="checkbox"/> 7m以内 <input type="checkbox"/> 鍵付き設備 <input type="checkbox"/> 1.2m以内	
ホ 二以上の階に、医薬品を陳列・交付する場合は、各階の医薬品を陳列・交付する場所の内部にあるか。			
14	調剤に必要な設備及び器具を備えているか。(書籍を除き、同等以上の性質を有する器具等で可) <input type="checkbox"/> 液量器 <input type="checkbox"/> 温度計(100℃) <input type="checkbox"/> 水浴 <input type="checkbox"/> 調剤台 <input type="checkbox"/> 軟膏板 <input type="checkbox"/> 乳鉢、乳棒 <input type="checkbox"/> はかり(感量10mg,100mg) <input type="checkbox"/> ピーカー <input type="checkbox"/> ふるい器 <input type="checkbox"/> へら(金属製、角製) <input type="checkbox"/> メスピペット <input type="checkbox"/> メスフラスコ又はメスシリンダー <input type="checkbox"/> 薬匙(金属製、角製) <input type="checkbox"/> ロート <input type="checkbox"/> 調剤に必要な書籍*	※調剤に必要な書籍(インターネットで閲覧、印刷が可能な場合でも可。) <input type="checkbox"/> 薬局方・解説 <input type="checkbox"/> 調剤技術関係 <input type="checkbox"/> 薬事関係法規 <input type="checkbox"/> 添付文書関係	
15	特定販売のみを行う時間がある場合、市が適切な監督を行うために必要な設備を備えているか。	<input type="checkbox"/> デジタルカメラ等 <input type="checkbox"/> 通信端末機器 <input type="checkbox"/> 電話	
管理者	1	管理者は他の薬事に関する実務に従事していないか。	<input type="checkbox"/> 兼務許可あり
	2	薬局等の管理を適切に行っているか。	<input type="checkbox"/> 従事者の監督 <input type="checkbox"/> 帳簿の記録(3年保管) <input type="checkbox"/> 構造設備や医薬品等の管理
	3	薬局等の業務について、管理者が開設者等に対して意見申述できる体制が整備され、必要な意見を述べているか。	<input type="checkbox"/> 手順書への記載あり(啓発) (申述方法・開設者の対応方法)

情報提供等	1	薬局医薬品及び調剤された薬剤を販売又は授与する際に、適正使用のために必要な情報提供を行っているか。	<input type="checkbox"/> 薬剤師による情報提供 <input type="checkbox"/> 下記※の確認 <input type="checkbox"/> 情報提供書面
	2	要指導、一般用医薬品及び一般用検査薬を販売又は授与する際に、適正使用のために必要な情報提供を行っているか。 <input type="checkbox"/> 要指導 <input type="checkbox"/> 第1類 <input type="checkbox"/> 検査薬	<input type="checkbox"/> 医薬品区分に応じた資格者の対応 <input type="checkbox"/> 下記※の確認 <input type="checkbox"/> 情報提供書面
	※確認事項: <input type="checkbox"/> 年齢 <input type="checkbox"/> 他薬剤等使用状況 <input type="checkbox"/> 性別 <input type="checkbox"/> 症状・受診 <input type="checkbox"/> 他の疾病 <input type="checkbox"/> 妊娠・週数 <input type="checkbox"/> 授乳 <input type="checkbox"/> 当該薬剤等使用経験 <input type="checkbox"/> 副作用経験		
	3	薬局医薬品、要指導医薬品を、正当な理由なく、使用者以外の者に販売していないか。	<input type="checkbox"/> 使用者であることの確認
	4	薬局医薬品、要指導医薬品、第1類医薬品の販売等の記録を作成しているか(2年保管)。	<input type="checkbox"/> 品名 <input type="checkbox"/> 数量 <input type="checkbox"/> 販売日時 <input type="checkbox"/> 薬剤師氏名 <input type="checkbox"/> 理解した旨 <input type="checkbox"/> 処方箋医薬品の販売無し
	5	医薬品の譲渡・譲受に係る必要な記録を作成し、保管しているか(3年保管)。	<input type="checkbox"/> 品名 <input type="checkbox"/> ロット番号 <input type="checkbox"/> 使用期限 <input type="checkbox"/> 数量 <input type="checkbox"/> 年月日 <input type="checkbox"/> 相手氏名・住所・連絡先 <input type="checkbox"/> 確認資料 <input type="checkbox"/> 取引者の身分確認資料 ※継続的な取引があれば、下線部は省略
	6	同一の許可事業者の複数の事業者間における医薬品の譲渡・譲受の際、必要な記録を作成し、保管しているか(3年保管)。	<input type="checkbox"/> 品名 <input type="checkbox"/> ロット番号 <input type="checkbox"/> 使用期限 <input type="checkbox"/> 数量 <input type="checkbox"/> 年月日 <input type="checkbox"/> 移転先・元の場所
	7	分割販売を行う場合に、必要事項を直接の容器又は被包に記載しているか。	<input type="checkbox"/> 分割販売を行う開設者の氏名・名称 <input type="checkbox"/> 薬局の名称・住所 <input type="checkbox"/> その他の事項
	8	濫用のおそれのある医薬品を販売する時は、購入者について確認させているか。適正使用のために必要量に限って販売させているか。	<input type="checkbox"/> (若年者)氏名・年齢 <input type="checkbox"/> 他店舗購入状況 <input type="checkbox"/> (過量購入の)理由 <input type="checkbox"/> 販売数の制限
9	指定第2類医薬品を販売する場合、当該医薬品の禁忌の確認及び資格者に相談することを勧める旨を確実に認識できるよう必要な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> ポップ表示	
遵守設 事者の 項の	1	許可証及び必要な情報を見やすい場所に掲示しているか。	<input type="checkbox"/> 許可証 <input type="checkbox"/> 必要な情報
	2	名札等により薬剤師、登録販売者、一般従事者を容易に判別できるような措置を講じているか。過去5年間の内、従事した期間の合計が2年に満たない登録販売者(以下研修中の登録販売者。)の名札について、「研修中」等の表記を行っているか。	<input type="checkbox"/> 名札 <input type="checkbox"/> 名札(研修中の区別) <input type="checkbox"/> 衣服やバッジ等(啓発)
	3	従事者(薬剤師以外)の薬事に関する実務の管理・記録等を行っているか。(確認書類:帳簿・勤務シフト表・タイムカード等)	
	4	薬局機能情報の報告を適切に行い、その情報を薬局においても閲覧に供しているか。	<input type="checkbox"/> 薬局での閲覧(書面・電磁的記録)
貯蔵陳 列	1	毒薬劇薬の譲渡手続き及び保管は適正か。	<input type="checkbox"/> 表示 <input type="checkbox"/> 貯蔵陳列 <input type="checkbox"/> 譲渡手続 <input type="checkbox"/> 記録の保存
	2	使用期限切れの医薬品を販売していないか。	
	3	医薬品と他のものを区別して、適正に貯蔵・陳列しているか。	
	4	薬局医薬品を調剤室以外の場所に貯蔵・陳列していないか。 ※医薬品倉庫は可	
	5	要指導医薬品と一般用医薬品を区分して陳列しているか。	
	6	一般用医薬品をリスク区分ごとに貯蔵陳列しているか	
広 告	1	医薬品等について、虚偽、誇大広告等行っていないか。	<input type="checkbox"/> 虚偽誇大 <input type="checkbox"/> 特定疾病用 <input type="checkbox"/> 承認前
	2	健康食品の販売時における広告等は適切か。	
毒 劇 物	1	(毒物劇物販売業の登録がある場合) 毒物及び劇物の譲渡手続き等は適切か。	<input type="checkbox"/> 身分証等による身元確認 <input type="checkbox"/> 使用目的・使用量が適切かの確認 <input type="checkbox"/> 販売時の記録(譲受書等)
	2	(毒物劇物販売業の登録がある場合) 毒物及び劇物の盗難防止措置は適切か。	<input type="checkbox"/> かぎのかかる設備での保管 <input type="checkbox"/> かぎの保管方法