

様式第3号の2(第2条の2関係)

(第一片)

令和3年 8月1日

東京都知事 殿

許可番号

住 所(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

東京都新宿区西新宿二丁目8番1号

氏 名(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

株式会社都庁薬局

代表取締役 東京太郎

薬局機能情報報告書

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1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

第1 管理、運営、サービス等に関する事項

1 基本情報

(1) 薬局の名称

フリガナ	トチョウヤッキョク トチョウテン
名 称	都庁薬局 都庁店
ローマ字	Tocho Yakkyoku Tochoten

(2) 薬局開設者(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

フリガナ	カフシキガイシャトチョウヤッキョク (トウキョウ タロウ)
開設者氏名	株式会社都庁薬局 (東京 太郎)

※法人名称は「株式会社」等の表記を略さないこと。

(3) 薬局の管理者

フリガナ	トウキョウ ハナコ
管理者氏名	東京 花子

(日本産業規格A列4番)

(第二片)

(4) 薬局の所在地

郵便番号	〒163-8001
フリガナ	シンジュクク ニシシンジュク トチョウ
所在地 (ビル名)	新宿区西新宿二丁目8番1号 都庁ビル1階
英語表記	1st Fl., Tocho Bld., 2-8-1 Nishishinjuku, Shinjuku-ku

(5) 電話番号及びファクシミリ番号

営業日の開店時間内	電話番号	03-5320-0000
	ファクシミリ番号	03-5388-0000
開店時間外の相談	電話番号	03-5321-0000 <input type="checkbox"/> 当該薬局 <input checked="" type="checkbox"/> 当該薬局外
	ファクシミリ番号	— — <input type="checkbox"/> 当該薬局 <input type="checkbox"/> 当該薬局外
	備考・注意事項	(相談可能な曜日、時間帯等を記入)

(6) 営業日及び開店時間

① 営業日及び開店時間

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日
開店時間1	10:00 ～ 13:00	10:00 ～ 13:00	10:00 ～ 13:00	10:00 ～ 13:00
	15:00 ～ 17:00	15:00 ～ 17:00	15:00 ～ 17:00	15:00 ～ 17:00
開店時間3	: ～ :	: ～ :	: ～ :	: ～ :
開店時間4	: ～ :	: ～ :	: ～ :	: ～ :

(日本産業規格A列4番)

(第三片)

	金曜日	土曜日	日曜日	祝日
開店時間1	10:00 ～ 13:00	10:00 ～ 13:00	: ～ :	: ～ :
開店時間2	15:00 ～ 17:00	: ～ :	: ～ :	: ～ :
開店時間3	: ～ :	: ～ :	: ～ :	: ～ :
開店時間4	: ～ :	: ～ :	: ～ :	: ～ :

②休業日 (①の営業曜日であつても週によっては休業する場合は下表に「休」と記入する。臨時休業は記入不要)

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日	祝日
第1週								
第2週								
第3週				休				
第4週								
第5週								

③特別な休業日

12月31日	1月1日	1月2日	1月3日	月 日
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
特別な休業日に関する説明		お盆の時期の休業日は不定です。お電話でお問い合わせください。		

(7) 地域連携薬局の認定の有無

有 ・ 無

(8) 専門医療機関連携薬局の認定の有無

有 ・ 無

(9) 専門医療機関連携薬局の認定が有の場合、傷病の区分

がん

(日本産業規格A列4番)

(第四片)

2 薬局へのアクセス

(1) 薬局までの主な利用交通手段

最寄り駅	① 都営大江戸 線 都庁前 駅 行バス バス停 徒歩 1分
	② JR 線 新宿 駅 行バス バス停 徒歩 10分

(2) 薬局の駐車場

専用駐車場の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	有料・無料の別	<input type="checkbox"/> 有料 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無料
	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 最寄りに有料駐車場あり <input type="checkbox"/> 最寄りに無料駐車場あり	
駐車台数	5 台		

(3) ホームページアドレス(URL)

http://www.tocho-yakkyoku.000.00/

(有料・無料)

(4) 電子メールアドレス

--

3 薬局サービス等

(1) 健康サポート薬局である旨の表示

<input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
--

(2) 相談に対する対応の可否

① 服薬等に関する相談(お薬相談)

可	否	<input checked="" type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 否
内 容	<input checked="" type="checkbox"/> 一般用医薬品の相談	
	<input checked="" type="checkbox"/> 漢方相談	
	<input checked="" type="checkbox"/> 公衆衛生相談(ぎょうちゅう・しらみ駆除、 ^{かいせん} 疥癬など)	
	<input type="checkbox"/> 誤飲・誤食による中毒相談 <input type="checkbox"/> その他()	

② 介護等の相談

可	否	<input checked="" type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 否
内 容	<input checked="" type="checkbox"/> 介護用品の相談	
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護用食品の相談	
	<input type="checkbox"/> 介護用紙おむつ支給券・購入補助券受付	
	<input type="checkbox"/> ストマ装具の相談	
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護保険関連事業所等の紹介 <input type="checkbox"/> その他()	

(第五片)

③育児の相談

可	否	<input checked="" type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 否
内	容	<input checked="" type="checkbox"/> ベビーフード、粉ミルクの相談 <input checked="" type="checkbox"/> ベビー用衛生用品（紙おむつ等）の相談 <input type="checkbox"/> その他（)

④生活習慣病の相談

可	否	<input checked="" type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 否
内	容	<input checked="" type="checkbox"/> 特定保健用食品の相談 <input checked="" type="checkbox"/> 各種疾病用食品の相談 <input type="checkbox"/> 各種検査薬の相談 <input checked="" type="checkbox"/> 自己血糖測定器の相談 <input type="checkbox"/> 体脂肪測定器の相談 <input type="checkbox"/> 血圧測定器の相談 <input type="checkbox"/> 栄養相談 <input type="checkbox"/> 健康食品の相談 <input type="checkbox"/> その他（)

⑤禁煙相談

可	否	<input checked="" type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 否
内	容	禁煙方法の相談

(3) 薬剤師不在時間の有無

有	無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
備	考	

(4) 対応することができる外国語の種類

種	類	レ	ベ	ル	及	び	事	前	連	絡	要	否
<input checked="" type="checkbox"/> 英語		<input checked="" type="checkbox"/> 片言	<input type="checkbox"/> 日常会話	<input type="checkbox"/> 母国語並								
		<input type="checkbox"/> 事前連絡必要	<input checked="" type="checkbox"/> 事前連絡不要									
<input type="checkbox"/> 中国語		<input type="checkbox"/> 片言	<input type="checkbox"/> 日常会話	<input type="checkbox"/> 母国語並								
		<input type="checkbox"/> 事前連絡必要	<input type="checkbox"/> 事前連絡不要									
<input type="checkbox"/> 韓国語		<input type="checkbox"/> 片言	<input type="checkbox"/> 日常会話	<input type="checkbox"/> 母国語並								
		<input type="checkbox"/> 事前連絡必要	<input type="checkbox"/> 事前連絡不要									
<input type="checkbox"/> その他の外国語1 ()		<input type="checkbox"/> 片言	<input type="checkbox"/> 日常会話	<input type="checkbox"/> 母国語並								
		<input type="checkbox"/> 事前連絡必要	<input type="checkbox"/> 事前連絡不要									
<input type="checkbox"/> その他の外国語2 ()		<input type="checkbox"/> 片言	<input type="checkbox"/> 日常会話	<input type="checkbox"/> 母国語並								
		<input type="checkbox"/> 事前連絡必要	<input type="checkbox"/> 事前連絡不要									

(第六片)

(5) 障害者に対する配慮

① 聴覚障害者に対するサービス内容

<input type="checkbox"/> 手話による服薬指導や相談が可能 (<input type="checkbox"/> 事前連絡必要 ・ <input type="checkbox"/> 事前連絡不要)
<input checked="" type="checkbox"/> 手話以外での服薬指導や相談が可能 (<input type="checkbox"/> 事前連絡必要 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 事前連絡不要)
(<input type="checkbox"/> 画面表示 <input type="checkbox"/> 文書 <input checked="" type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> その他)

コメントの追加 [T1]:

対応が可能な場合、必ず、事前連絡の要否についても記入してください。

② 視覚障害者に対するサービス内容

<input type="checkbox"/> 薬袋への点字表示あり
<input type="checkbox"/> 薬剤への点字表示あり
<input type="checkbox"/> 点字による服薬指導や相談が可能 (<input type="checkbox"/> 事前連絡必要 ・ <input type="checkbox"/> 事前連絡不要)
<input checked="" type="checkbox"/> 点字以外での服薬指導や相談が可能 (<input type="checkbox"/> 事前連絡必要 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 事前連絡不要)

(6) 車椅子の利用者に対する配慮

車いすでの来局可否	<input checked="" type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 否
スロープの有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
手すりの有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
身体障害者用トイレの有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
車いす利用者用駐車場の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
点状ブロックの有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
昇降機の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律第14条第1項に規定する「建築物移動等円滑化基準」への適合の有無 (バリアフリー)	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無

※ 車椅子での来局が可の場合は、個別項目の有無を記載すること。

4 費用負担

(1) 医療保険及び公費負担等の取扱い

健康保険法に基づく保険薬局としての指定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
生活保護法に基づく指定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
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に基づく指定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
公害健康被害の補償等に関する法律に基づく指定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
原子爆弾被害者に対する援護に関する法律に基づく指定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
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に基づく指定の有無 (精神通院医療)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
同上 (育成医療・更生医療)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
労働者災害補償保険法に基づく指定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
児童福祉法に基づく指定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
難病の患者に対する医療等に関する法律に基づく指定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
母子保健法に基づく指定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
戦傷病者特別援護法に基づく指定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無

コメントの追加 [T2]:

結核医療の指定を意味します。

コメントの追加 [T3]:

保険薬局の指定を受けている薬局は、この項目は「有」となります。

(第七片)

東京都助成医療	難病医療	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	小児慢性特定疾患	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	大気汚染関連疾病	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	特殊医療（人工透析）	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	被爆者の子に対する医療	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	心身障害者（児）医療費	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	ひとり親家庭医療	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	乳幼児医療	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	義務教育就学児医療	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	その他（ ）	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
その他（ ）	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	

(2) クレジットカード等による料金の支払の可否

クレジットカード等の使用の可否	処方箋調剤に関する支払	<input type="checkbox"/> 可・ <input checked="" type="checkbox"/> 否
	一般薬・その他に関する支払	<input checked="" type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 否
利用可能な種類	<input checked="" type="checkbox"/> ISA <input checked="" type="checkbox"/> Master <input checked="" type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> ダイナース <input checked="" type="checkbox"/> アメリカンエクスプレス <input type="checkbox"/> UFJ <input type="checkbox"/> DC <input type="checkbox"/> ニコス <input checked="" type="checkbox"/> パスモ <input checked="" type="checkbox"/> スイカ <input type="checkbox"/> その他（ ）	

第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

(1) 認定薬剤師(中立的かつ公共性のある団体(公益社団法人薬剤師認定制度認証機構等)により認証を受けた制度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。)の認定名称、認定団体名及び人数

認定名称	認定団体名 ※公益社団法人薬剤師認定制度認証機構により認証を受けた認定の場合は「(CPC)」を付記	人数
研修認定薬剤師	公益財団法人日本薬剤師研修センター(CPC)	2人
認定実務実習指導薬剤師	公益財団法人日本薬剤師研修センター	1人
		人

(2) 健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師の人数

健康サポート薬局研修修了薬剤師数(実数)	1人
----------------------	----

(3) 薬局の業務内容

①	無菌製剤処理に係る調剤の実施の可否 ※共同利用の場合、無菌調剤室提供薬局の名称及び所在地を記載すること。	<input checked="" type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 否 名称： 所在地：
②	一包化薬に係る調剤の実施の可否	<input checked="" type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 否
③	麻薬に係る調剤の実施の可否	<input checked="" type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 否

(日本産業規格A列4番)

(第八片)

④	浸煎薬及び湯薬に係る調剤の実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 否
⑤	薬局製剤実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 否
⑥	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	<input checked="" type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 否
⑦	オンライン服薬指導の実施の可否	<input checked="" type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 否
⑧	電磁的記録をもつて作成された処方箋の受付の可否	<input type="checkbox"/> 可 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 否
⑨	薬剤服用歴管理の実施の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 (電子化 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)
⑩	薬剤情報を記載するための手帳(いわゆる「お薬手帳」)の交付の可否	<input checked="" type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 否 (電子化 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)

(4) 地域医療連携体制

①	医療連携の有無	
	ア) プレアボイド事例の把握・収集に関する取組	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
	イ) プロトコルに基づいた薬物治療管理(PBPM)の取組	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
	ウ) 地域の医療機関等が連携した薬剤の使用に関するフォーミュラリーを導入する取組	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
	エ) その他()	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
②	地域医療情報連携ネットワークへの参加の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
③	入院時の情報を共有する体制の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
④	退院時の情報を共有する体制の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
⑤	受診勧奨に係る情報等を医療機関に提供する体制の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
⑥	地域住民への啓発活動への参加の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無

2 実績、結果等に関する事項

(1) 薬局の薬剤師数

薬剤師数 ※端数は切り捨てること。	5人
----------------------	----

(2) 医療安全対策の実施

①	副作用等に係る報告の実施件数	10件
②	薬局医療安全対策推進事業におけるヒヤリ・ハット事例等の収集への参加の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無

(日本産業規格A列4番)

コメントの追加 [T4]:

プレアボイド事例を医療機関・薬局等の関係者と連携して共有する取組に参加し、事例の提供を行っている場合や薬局医療安全対策推進事業におけるヒヤリ・ハット事例の「参加薬局」として登録し、前年1年間に疑義照会により処方変更がなされた結果、患者の健康被害や医師の意図した薬効が得られないことを防止するに至った事例を報告した場合はチェックしてください。

コメントの追加 [T5]:

医療機関の医師や薬局の薬剤師等が地域でPBPMを導入することにより、薬物療法の適正化や患者の利便性の向上を達成する取組を実施している場合はチェックしてください。PBPM: 薬剤師に認められている業務の中で、医師と合意したプロトコルに従って薬剤師が主体的に実施する業務を行うこと。

コメントの追加 [T6]:

フォーミュラリー: 医薬品の有効性・安全性など科学的根拠と経済性を総合的に評価して、医療機関や薬局等が地域ごとに策定する医薬品の使用指針のこと。

コメントの追加 [T7]:

「薬剤師数」は厚生労働省の通知に基づき、以下に従って記載してください。
 ・常勤薬剤師をもって員数1とする。
 ・常勤薬剤師とは、薬局で定める勤務時間の全てを勤務する者をいう。
 ・非常勤薬剤師は、その勤務時間を1週間の薬局で定める勤務時間により除した(割り算した)数とする。ただし、1週間の薬局で定める勤務時間が32時間未満と定められている場合は、換算する分母は32時間とする。
 ・端数は切り捨てる。

コメントの追加 [T8]:

前年1年間に、法第68条の10第2項に基づく副作用等をPMDAへ報告した件数を入力してください。

(第九片)

(3) 感染防止対策の実施の有無

<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
--

(4) 情報開示の体制

<input checked="" type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 否
--

(5) 症例を検討するための会議等の開催の有無

<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
--

(6) 処方箋を応需した者の数(患者数)

延べ患者数(実数)	10,000人
-----------	---------

(7) 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

延べ件数(実数)	100件
----------	------

(8) 健康サポート薬局研修了薬剤師が地域ケア会議等に参加した回数

延べ回数(実数)	5回
----------	----

(9) 患者の服薬状況等を医療機関に提供した回数

延べ回数(実数)	200回
----------	------

(10) 患者満足度の調査

患者満足度の調査の実施の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
患者満足度の調査結果の提供の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無

3 地域連携薬局等に関する事項

(1) 地域連携薬局

① 地域包括ケアシステムに関する研修を修了した薬剤師の人数

地域包括ケアシステムに関する研修修了薬剤師数(実数)	一人
----------------------------	----

② 医療機関に情報を共有した回数

イ	利用者が医療機関に入院する場合に当該医療機関に情報を共有した回数	一回
ロ	利用者が医療機関から退院する場合に当該医療機関に情報を共有した回数	一回
ハ	イ及びロに掲げるもののほか、医療機関に情報を共有した回数	一回

③ 休日又は夜間に調剤の求めがあつた場合に地域における他の薬局開設者と連携して対応した回数

延べ回数(実数)	一回
----------	----

コメントの追加 [T9]: 本記載例では地域連携薬局の認定が無い場合の例示をしています。
認定が有る場合は、地域連携薬局の認定申請時に添付した「認定基準適合表」の内容を記入してください。

(第十片)

④在庫として保管する医薬品を必要な場合に地域における他の薬局開設者に提供した回数

延べ回数(実数)	一回
----------	----

⑤麻薬に係る調剤を行つた回数

延べ回数(実数)	一回
----------	----

⑥無菌製剤処理に係る調剤を実施した回数

イ	当該薬局において実施した回数	一回
ロ	他の薬局の無菌調剤室を利用して実施した回数	一回
ハ	他の薬局を紹介する等により実施した回数	一回

⑦地域における他の医療提供施設に対し医薬品の適正使用に関する情報を提供した回数

延べ回数(実数)	一回
----------	----

⑧居宅等における調剤並びに情報の提供及び薬学的知見に基づく指導を実施した回数

延べ回数(実数)	一回
----------	----

(2) 専門医療機関連携薬局

①傷病の区分ごとの専門性の認定を受けた薬剤師の人数

専門認定を受けた薬剤師の人数	1人
----------------	----

②傷病の区分に係る専門的な医療の提供等を行う医療機関に情報を共有した回数

延べ回数(実数)	10回
----------	-----

③休日又は夜間に調剤の求めがあつた場合に地域における他の薬局開設者と連携して対応した回数

延べ回数(実数)	5回
----------	----

④在庫として保管する傷病の区分に係る医薬品を必要な場合に地域における他の薬局開設者に提供した回数

延べ回数(実数)	20回
----------	-----

⑤麻薬に係る調剤を行つた回数

延べ回数(実数)	100回
----------	------

⑥地域における他の薬局開設者に対し傷病の区分ごとの専門的な薬学的知見に基づく調剤及び指導に関する研修を行つた回数

延べ回数(実数)	6回
----------	----

コメントの追加 [T10]: 専門医療機関連携薬局の認定申請時に添付した「認定基準適合表」の内容を記入してください。

コメントの追加 [T11]: 専門医療機関連携薬局の認定申請時に添付した「認定基準適合表」と同一の集計期間を計上してください。

(第十一号)

⑦地域における他の医療提供施設に対して傷病の区分ごとの医薬品の適正使用に関する情報を提供した回数

延べ回数(実数)

100回

コメントの追加 [T12]: 専門医療機関連携薬局の認定申請時に添付した「認定基準適合表」と同一の集計期間を計上してください。

(注意)

- 1 字は、ボールペン、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 2 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(以下「法律施行細則」という。)第2条の2第1項に基づき提出する実績については、報告日が属する年の前年1月から12月までのものを、その他の事項については、報告日が属する年の前年の12月31日における情報を記入すること。
- 3 新たに薬局を開設した者が法律施行細則第2条の2第2項に基づき報告をする場合は、報告日現在の情報を記入すること。
- 4 第2 3 地域連携薬局等に関する事項については、認定申請(更新申請を含む。)を行う前月までの1年分の実績を報告すること。