

6 福薬発第 2 4 9 号
令和 6 年 1 1 月 2 6 日

各地区薬剤師会会長 殿

公益社団法人福岡県薬剤師会
会長 小田 真稔

**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
法律施行細則の一部改正について（通知）**

平素より本会会務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

標記の件につきまして、福岡県保健医療介護部（薬務課薬事係・監視係）より通知がございましたのでご連絡いたします。

薬局開設者による薬局機能に関する情報の報告について、報告書の様式が改められ、新たに別添 2 を用いることとなりました。

また、店舗販売業等の管理者の要件に関する業務経験を証明する書類について、本県独自の様式が廃止され、国通知等に基づく様式に運用を統一することとなりました。

つきましては、本改正の内容及び留意事項等をご確認いただき、令和 7 年 1 月 1 日からの施行に向けて適切に運用していただきますようお願い申し上げます。

ご多忙中とは存じますが、貴会会員へのご周知方よろしくお願いいたします。

公印省略

6 薬 第 2 4 5 8 号
令和 6 年 1 1 月 2 2 日

各関係団体の長 殿

福岡県保健医療介護部長
(薬務課薬事係・監視係)

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
施行細則の一部改正について（通知）

このことについて、本日、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の一部を改正する規則（令和 6 年福岡県規則第 4 9 号。以下「改正規則」という。）を公布したことに伴い、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（昭和 3 7 年福岡県規則第 2 9 号。以下「細則」という。）の一部を別添のとおり改正し、令和 7 年 1 月 1 日から施行しますのでお知らせします。

本改正の内容及び留意事項等は下記のとおりですので、適切な運用についてよろしくをお願いします。

記

1 改正内容

- (1) 薬局開設者による薬局機能に関する情報の報告について（細則第 5 条関係）
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規則（昭和 3 6 年厚生省令第 1 号。以下「省令」という。）第 1 1 条の 2 に基づく都道府県知事への報告について、改正前の細則第 5 条第 2 項により様式第 6 号による報告書の提出を求めていたが、様式第 6 号を本通知にて別途定める様式に改めるもの。
- (2) 業務経験等の証明について（改正前の細則第 8 条関係）
店舗販売業等の管理者の要件に関する業務経験を証明する書類について、改正前の細則第 8 条各項に規定する様式第 8 号から第 1 0 号までのほか、「登録販売者制度の取扱い等について」（令和 5 年 3 月 3 1 日厚生労働省医薬・生活衛生局長通知。以下「国通知」という。）により別紙様式 2 から 5 までが示されているところ。

今般、「薬局の開設又は医薬品の販売業の許可等の申請時の添付書類について」（令和5年11月2日厚生労働省医薬局総務課事務連絡。以下「国事務連絡」という。）の趣旨を踏まえ、事業者の行政手続の簡素化に資する取組として、本県における細則様式を定める条文及び当該様式を廃し、国通知等の様式に運用上統一するもの。

(3) その他、所要の整備を行うもの。

2 施行期日

令和7年1月1日

3 新旧対照表

別添1のとおり

4 留意事項

(1) 薬局開設者による薬局機能に関する情報の報告について

- 改正後の細則第5条第2項における「別に定める様式」は、本通知に定める別添2を用いること。
- なお、薬局機能に関する情報の報告（薬局機能情報提供制度）は、「厚生労働省G-MIS」（医療機関等情報支援システム。<https://www.med-login.mhlw.go.jp/s/login/>）を通じて報告を行うことが可能であること。

(2) 業務経験等の証明について

- 店舗販売業及び配置販売業の管理者の要件に関する業務経験を証明する書類について、国通知の別紙様式を用いること。
- 卸売販売業及び再生医療等製品販売業の管理者の要件に関する業務経験を証明する書類については、国事務連絡の趣旨を踏まえ、厚生労働省のホームページ（https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_36182.html）で示される共通の様式又は福岡県庁のホームページ（卸売販売業 <https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/tetsuduki-oroshishinki.html>、再生医療等製品販売業 <https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/tetsuduki-saisei.html>）で示される様式を用いること。
- なお、当面の間は、改正前の細則第8条各項に規定していた様式を一部修正して提出することでも差し支えないこと。その際、令和5年4月13日5薬第42号保健医療介護部薬務課長通知のほか、国通知若しくは国事務連絡又は厚生労働省から発出される最新の通知等を参照し、必要事項が不足なく記載されていることを確認すること。

[別添1] 新旧対照表 (本文)

改正後	改正前
<p>(薬局開設者による薬局に関する情報の報告)</p> <p>第五条 略</p> <p>2 省令第十一条の二の規定による知事が定める方法は、<u>別に定める様式</u>による報告書の提出とする。</p> <p>(管理に関する帳簿)</p> <p>第六条 省令第十三条第一項、省令第四百四十五条第一項、省令第五百八条の三第一項又は省令第九十六条の九第一項の規定による管理に関する帳簿は、<u>様式第六号</u>によるものとする。</p> <p>(削る)</p>	<p>(薬局開設者による薬局に関する情報の報告)</p> <p>第五条 略</p> <p>2 省令第十一条の二の規定による知事が定める方法は、<u>様式第六号</u>による報告書の提出とする。</p> <p>(管理に関する帳簿)</p> <p>第六条 省令第十三条第一項、省令第四百四十五条第一項、省令第五百八条の三第一項又は省令第九十六条の九第一項の規定による管理に関する帳簿は、<u>様式第七号</u>によるものとする。</p> <p><u>(業務経験等の証明)</u></p> <p><u>第八条 店舗販売業者が要指導医薬品若しくは第一類医薬品を販売し、若しくは授与する店舗において登録販売者を店舗管理者として従事させるとき又は配置販売業者が第一類医薬品を配置により販売し、若しくは授与する区域において登録販売者を区域管理者として従事させるときは、法第二十六条第一項若しくは法第三十条第一項の規定による許可の申請又は法第三十八条において準用する法第十条第一項の規定による変更の届出の際に、様式第八号による証明書を知事に提出又は提示しなければならない。</u></p> <p><u>2 店舗販売業者が第二類医薬品若しくは第三類医薬品を販売し、若しくは授与する店舗において登録販売者を店舗管理者として従事させるとき又は配置販売業者が第二類医薬品若しくは第三類医薬品を配置により販売し、若しくは授与する区域において登録販売者を区域管理者として従事させるときは、法第二十六条第一項若しくは法第三十条第一項の規定による許可の申請又は法第三十八条において準用する法第十条第一項の規定による変更の届出の際に、様式第九号による証明書を知事に提出又は提示しなければならない。</u></p>

(品目変更等の規定)

第八条 知事は、薬事法施行規則等の一部を改正する省令(平成二十一年厚生労働省令第十号。以下「改正省令」という。)附則第十二条の規定によりなおその効力を有することとされる同令第一条による改正前の省令(以下「旧省令」という。)第一百五十九条の規定による配置販売業者又は薬事法の一部を改正する法律(平成十八年法律第六十九号。以下「改正法」という。)附則第十四条の規定により引き続き業務を行うことができる特例販売業者の品目の変更又は追加の申請に基づき品目を変更又は追加したときは、様式第七号による指定証を交付する。

(医薬品の製造販売承認の整理届)

第九条 法第十四条第一項の規定により、医薬品の製造販売の承認を受けた者が、当該承認を受けた品目について製造販売しなくなったときは、様式第八号による承認整理届に承認書を添えて知事に提出しなければならない。

3 卸売販売業者がその営業所において省令第五百五十四条第一号ロ若しくはハ又は第二号ロ若しくはハに該当する者を医薬品営業所管理者として従事させるときは、法第三十四条第一項の規定による許可の申請又は法第三十八条第二項において準用する法第十条第一項の規定による変更の届出の際に、様式第十号による証明書を知事に提出しなければならない。

4 再生医療等製品の販売業者がその営業所において省令第九十六条の四第二号又は第三号に該当する者を再生医療等製品営業所管理者として従事させるときは、法第四十条の五第二項の規定による許可の申請又は法第四十条の七において準用する法第十条第一項の規定による変更の届出の際に、様式第十号による証明書を知事に提出しなければならない。

(品目変更等の規定)

第九条 知事は、薬事法施行規則等の一部を改正する省令(平成二十一年厚生労働省令第十号。以下「改正省令」という。)附則第十二条の規定によりなおその効力を有することとされる同令第一条による改正前の省令(以下「旧省令」という。)第一百五十九条の規定による配置販売業者又は薬事法の一部を改正する法律(平成十八年法律第六十九号。以下「改正法」という。)附則第十四条の規定により引き続き業務を行うことができる特例販売業者の品目の変更又は追加の申請に基づき品目を変更又は追加したときは、様式第十一号による指定証を交付する。

(医薬品の製造販売承認の整理届)

第十条 法第十四条第一項の規定により、医薬品の製造販売の承認を受けた者が、当該承認を受けた品目について製造販売しなくなったときは、様式第十二号による承認整理届に承認書を添えて知事に提出しなければならない。

(配置従事の届出)

第十条 法第三十二条の規定による配置従事の届出は、様式第九号によるものとする。

(配置従事者の身分証明書書換え交付の申請)

第十一条 法第三十三条の規定により交付を受けた配置従事者の身分証明書(以下「身分証明書」という。)の記載事項に変更を生じたときは、様式第十号による申請書を知事に提出し、変更後の身分証明書の交付時に変更前の身分証明書を返納しなければならない。

(身分証明書再交付の申請)

第十二条 法第三十三条の規定により交付を受けた身分証明書を破り、よごし、又は失つたときは、様式第十一号による申請書に破り、又はよごした身分証明書及び省令第五十一条第二項第一号に規定する写真を添えて知事に提出しなければならない。ただし、改正法附則第十条に規定する既存配置販売業者又はその配置員においては、旧省令第五十七条第二項第一号に規定する写真を添えるものとする。

(身分証明書の返納)

第十三条 法第三十三条の規定により身分証明書の交付を受けた者が、次の各号のいずれかに該当するときは、様式第十二号による届書に身分証明書を添えて知事に提出しなければならない。

一～四 略

(登録販売者試験)

第十四条 登録販売者試験を受けようとする者は、登録販売者試験受験申請書(様式第十三号)に写真及び試験手数料を添えて知事に提出しなければならない。

(配置従事の届出)

第十一条 法第三十二条の規定による配置従事の届出は、様式第十三号によるものとする。

(配置従事者の身分証明書書換え交付の申請)

第十二条 法第三十三条の規定により交付を受けた配置従事者の身分証明書(以下「身分証明書」という。)の記載事項に変更を生じたときは、様式第十四号による申請書を知事に提出し、変更後の身分証明書の交付時に変更前の身分証明書を返納しなければならない。

(身分証明書再交付の申請)

第十三条 法第三十三条の規定により交付を受けた身分証明書を破り、よごし、又は失つたときは、様式第十五号による申請書に破り、又はよごした身分証明書及び省令第五十一条第二項第一号に規定する写真を添えて知事に提出しなければならない。ただし、改正法附則第十条に規定する既存配置販売業者又はその配置員においては、旧省令第五十七条第二項第一号に規定する写真を添えるものとする。

(身分証明書の返納)

第十四条 法第三十三条の規定により身分証明書の交付を受けた者が、次の各号のいずれかに該当するときは、様式第十六号による届書に身分証明書を添えて知事に提出しなければならない。

一～四 略

(登録販売者試験)

第十五条 登録販売者試験を受けようとする者は、登録販売者試験受験申請書(様式第十七号)に写真及び試験手数料を添えて知事に提出しなければならない。

(販売従事登録証の返納)

第十五条 次の各号のいずれかに掲げる理由により販売従事登録証を返納する場合は、様式第十四号による届出書に販売従事登録証を添えて知事に提出しなければならない。

一・二 略

(販売従事登録証の返納)

第十六条 次の各号のいずれかに掲げる理由により販売従事登録証を返納する場合は、様式第十八号による届出書に販売従事登録証を添えて知事に提出しなければならない。

一・二 略

[別添1] 新旧対照表 (様式)

改正後	改正前																		
(削る)	<p>様式第6号 (第5条関係)</p> <p style="text-align: right;">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 style="text-align: right;">郵便番号(〒 —) フリガナ 住 所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)</p> <p style="text-align: right;">フリガナ 氏 名(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)</p> <p style="text-align: right;">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%;"> <tr> <td style="width: 30%;">報 告 区 分</td> <td> <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) </td> </tr> </table> <p>1 管理、運営、サービス等に関する事項</p> <p>(1) 基本情報</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">基本情報等の変更項目 (変更の場合)</td> <td> <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"/>地域連携薬局の認定の有無 <input type="checkbox"/>専門医療機関連携薬局の認定の有無及び認定を受けた傷病の区分 <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 </td> </tr> <tr> <td>許 可 番 号</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">薬 局 の 名 称</td> <td>名 称</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> </tr> <tr> <td>ローマ字表記</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">薬 局 開 設 者 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)</td> <td>法人の名称</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> </tr> <tr> <td>氏 名</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">薬 局 の 管 理 者 (管理薬剤師)</td> <td>フリガナ</td> </tr> <tr> <td>氏 名</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> </tr> </table>	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)	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"/> 地域連携薬局の認定の有無 <input type="checkbox"/> 専門医療機関連携薬局の認定の有無及び認定を受けた傷病の区分 <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	薬 局 の 管 理 者 (管理薬剤師)	フリガナ	氏 名	フリガナ
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)																		
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"/> 地域連携薬局の認定の有無 <input type="checkbox"/> 専門医療機関連携薬局の認定の有無及び認定を受けた傷病の区分 <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																		
薬 局 の 管 理 者 (管理薬剤師)	フリガナ																		
	氏 名																		
	フリガナ																		

薬局の所在地	住所(〒 —)
	フリガナ
	ローマ字表記
薬局の面積	m ²
店舗販売業の併設の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
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
電子メールアドレス	
営業日	
開店時間	
開店時間外で相談できる時間	
健康サポート薬局である旨の 表示の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
地域連携薬局 の認定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
専門医療機関連携薬局 の認定の有無及び認定の区分	<input type="checkbox"/> 有 (認定を受けた傷病の区分：) <input type="checkbox"/> 無

(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	

(3) 薬局サービス等

相談に対する対応の可否	
相談できるサービスの利用方法	
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	
障がい者に対する配慮	
車椅子の利用者に対する配慮	
特定販売の実施	特定販売を行う際に使用する通信手段 特定販売を行う時間 特定販売により販売を行う医薬品の区分
薬局製剤実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
薬局医薬品の取扱品目数	品目
要指導医薬品及び一般用医薬品の取扱品目数	品目
健康増進法第43条第6項に規定する特別用途食品の取扱いの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
配送サービスの利用	配送サービス利用の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 配送サービスの利用方法 配送サービスの利用料

(4) 費用負担

医療保険及び公費負担等の取扱い	
電子決済による料金の支払の可否	<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（中立的かつ公共性のある団体により認定された薬剤師、又はそれらと同等の制度に基づいて認定された薬剤師）の種類及び人数	
健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師の人数	人

登 録 販 売 者 そ の 他 資 格 者 の 人 数		
	無菌製剤処理に係る調剤の実施の可否 (他の薬局の無菌製剤室を利用する場合を含む。)	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	無菌調剤室の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	クリーンベンチの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	安全キャビネットの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	無菌製剤処理に係る調剤を当該薬局において実施した回数	回
	無菌製剤処理に係る調剤を他の薬局の無菌調剤室を利用して実施した回数	回
	一包化に係る調剤の実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	麻薬に係る調剤の実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	麻薬に係る調剤を実施した回数	回
	浸煎薬及び湯薬に係る調剤の実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	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 type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	医療を受ける者の居宅等において行う調剤業務を実施した件数	件
	携帯型ディスプレイ注入ポンプの取扱いの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	小児の訪問薬剤管理指導の実績の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	医療的ケア児への薬学的管理・指導の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	オンライン服薬指導の実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	オンライン服薬指導の実施の方法	
	オンライン服薬指導を実施した回数	回
	マイナンバーカードの保険証利用により取得した薬剤情報等を活用した調剤の実施の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	電子処方箋の受付の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	リフィル処方箋の対応実績の件数	件
	電磁的記録による薬剤服用歴管理の実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

薬 局 の 業 務 内 容

		お薬手帳の交付の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
		電子版お薬手帳の対応の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
		緊急避妊薬の調剤の対応可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
		オンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤の対応可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
		高度管理医療機器の販売業許可の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		高度管理医療機器の貸与業許可の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		検体測定室の実施	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		災害・新興感染症への対応		
	地 域 医 療 連 携 体 制		医療連携の有無	<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
			入院時の情報を共有する体制の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
			入院時の情報を共有した回数	回
			退院時の情報を共有する体制の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
			退院時の情報を共有した回数	回
			入院時及び退院時の情報共有のほか、地域における薬剤及び医薬品の適正な使用の推進及び効率的な提供に必要な情報を共有した回数	回
			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 type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
			受診勧奨に係る情報等を医療機関に提供した実績の有無	<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
			調剤報酬上の位置付け	
	(2) 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		副作用等に係る報告を実施した件数	件	
		医療安全対策に係る事業への参加の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

感染防止対策の実施の有無		<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
症例を検討するための会議等の開催の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
総取扱処方箋数		枚
健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師が地域ケア会議（行政職員をはじめとした地域の関係者から構成される会議体）その他地域包括ケアシステムの構築のための会議に参加した回数		回
患者の服薬状況等を医療機関に提供した回数		回
患者満足度の調査	調査の実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	調査結果の提供の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

(3) 地域連携薬局等に関する事項

地域連携薬局	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	人
	休日又は夜間に調剤の求めがあっ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	回
	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	回
	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	回
	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	回
専門医療機関連携薬局	傷病の区分ごとの専門性の認定を受けた薬剤師の人数	人
	傷病の区分に該当する医療機関に情報を共有した回数	回
	休日又は夜間に調剤の求めがあっ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	回
	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	回
	地域における他の薬局開設者に対して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った回数	回
	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	回

3 その他医療を受ける者による薬局の選択に資する事項

--

様式第6号 (第6条関係)

略

様式第7号 (第6条関係)

略

(削る)

様式第8号(第8条関係)

業務従事証明書

年 月 日

殿

薬局開設者又は医薬品の販売業者
住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)

氏名(法人にあっては名称及び代表者の氏名)
(記名押印又は署名)

以下のとおりであることを証明します。

氏 名	(生年月日 年 月 日)
住 所	
販売従事登録年月日 及び登録番号	
薬局、店舗の名称 及び許可番号	
薬局若しくは店舗 の所在地又は配置 販売業の区域	

(従事した業務の種類)

- 要指導医薬品又は第一類医薬品を販売し、又は授与する薬局において登録販売者として業務に従事した。
- 薬剤師が店舗管理者である要指導医薬品又は第一類医薬品を販売し、又は授与する店舗販売業において登録販売者として業務に従事した。
- 薬剤師が区域管理者である第一類医薬品を配置販売する配置販売業において登録販売者として業務に従事した。
- 第一類医薬品を販売し、又は授与する店舗の店舗管理者として業務に従事した。
- 第一類医薬品を配置販売する区域の区域管理者として業務に従事した。

(業務に従事した期間等)

- 次の期間において、全ての月について1か月に合計80時間以上、上記の業務に従事した。
- 次の期間において、合計 時間、上記の業務に従事した。

年 月 ~ 年 月 (年 月間)

注 1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

2 字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書くこと。

3 従事した業務の種類及び業務に従事した期間等は、該当するものをそれぞれ1つ選択すること。

(削る)

様式第9号(第8条関係)

業務
実務 従事証明書

年 月 日

殿

薬局開設者又は医薬品の販売業者
住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)

氏名(法人にあっては名称及び代表者の氏名)
(記名押印又は署名)

以下のとおりであることを証明します。

氏 名	(生年月日 年 月 日)
住 所	
販売従事登録年月日 及び登録番号	
薬局、店舗の名称 及び許可番号	
薬局若しくは店舗 の所在地又は配置 販売業の区域	

1 薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で 業務
実務 に従事した期間等

- 次の期間において、全ての月について1か月に合計80時間以上従事した。
 次の期間において、合計 時間従事した。

年 月 ~ 年 月 (年 月間)

2 店舗管理者又は区域管理者として業務に従事した期間等

年 月 ~ 年 月 (年 月間)

3 外部研修の受講

修了年月日	研修実施機関

(裏面)

- 注 1 用紙の大きさは、日本産業規格Mとする。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書くこと。
- 3 登録販売者について証明する場合は様式中の「実務」の文字を二重線で消し、一般従事者について証明する場合は「業務」の文字を二重線で消すこと。
- 4 「1 薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で業務・実務に従事した期間等」、「2 店舗管理者又は区域管理者として業務に従事した期間等」及び「3 外部研修の受講」については、該当する事項を全て記載すること。
- 5 登録販売者について証明する場合は、「1 薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で業務に従事した期間等」及び「2 店舗管理者又は区域管理者として業務に従事した期間等」について、以下の業務に従事した期間を記載すること。
- ・主に一般用医薬品の販売等の直接の業務
 - ・一般用医薬品の販売時の情報提供業務
 - ・一般用医薬品に関する相談対応業務
 - ・一般用医薬品の販売制度の内容等の説明業務
 - ・一般用医薬品の管理や貯蔵に関する業務
 - ・一般用医薬品の陳列や広告に関する業務
- 6 一般従事者について証明する場合は、販売従事登録年月日及び登録番号は空欄とし、「1 薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で実務に従事した期間等」について、以下の実務に従事した期間を記載すること。
- ・主に一般用医薬品の販売等を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
 - ・一般用医薬品の販売時の情報提供を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
 - ・一般用医薬品に関する相談があった場合の対応を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
 - ・一般用医薬品の販売制度の内容等の説明の方法を知ることができる実務
 - ・一般用医薬品の管理や貯蔵に関する実務
 - ・一般用医薬品の陳列や広告に関する実務
- 7 業務の従事期間が2年以上である登録販売者について証明する場合は、「薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で業務に従事した期間」を「業務期間」と読み替える。
- 8 「3 外部研修の受講」については、「登録販売者の資質向上のための外部研修に関するガイドライン（薬局開設者並びに店舗販売業者及び配置販売業者が委託して行う外部研修について）」（平成24年3月26日薬食総発0326第1号厚生労働省医薬食品局総務課長通知別添）に定める研修と同等以上の研修について記載すること。

(削る)

様式第 10 号 (第 8 条関係)

業務経験証明書

年 月 日

福岡県知事 殿

卸売販売業者又は再生医療等製品の販売業者
住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏名 (法人にあつては名称及び代表者の氏名)
(記名押印又は署名)

下記の者の業務経験は、以下のとおりであることを証明します。

氏 名	(生年月日・ 年 月 日)
住 所	〒
業 務 の 種 別	
許 可 番 号	
営 業 所 の 名 称	
営 業 所 の 所 在 地	

1 業務期間 年 月 ~ 年 月 (年 月間)

2 業務内容 (上記営業所において業務期間内に行われた業務の該当する口にレを記入すること。)

- 指定卸売医療用ガス類の販売又は授与に関する業務に従事した。
- 指定卸売歯科用医薬品の販売又は授与に関する業務に従事した。
- 再生医療等製品の販売又は授与に関する業務に従事した。

注 1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

2 字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書くこと。

様式第7号 (第8条関係)

略

様式第8号 (第9条関係)

略

様式第9号 (第10条関係)

略

様式第10号 (第11条関係)

略

様式第11号 (第12条関係)

略

様式第12号 (第13条関係)

略

様式第13号 (第14条関係)

略

様式第14号 (第15条関係)

略

様式第11号 (第9条関係)

略

様式第12号 (第10条関係)

略

様式第13号 (第11条関係)

略

様式第14号 (第12条関係)

略

様式第15号 (第13条関係)

略

様式第16号 (第14条関係)

略

様式第17号 (第15条関係)

略

様式第18号 (第16条関係)

略

報告様式

機関コード (許可番号)	
機関名称 (薬局名称)	

薬局開設許可証に記載されている「許可番号」を記載

薬局開設許可証に記載されている「薬局の名称」を記載

1.1. 基本情報 (薬局)

【連絡担当者】

記入日	年 月 日
記入者 (氏名)	
記入者 (フリガナ)	
役職名	
所属	
連絡先電話番号	
連絡先ファクシミリ番号	
電子メールアドレス	

【薬局の開設日】 **必ず記入してください**

薬局の開設日	年 月 日
--------	-------

現在の開設者が、現在の住所で最初に取得した許可の「有効期間の始期」を記載
(例) 2000年1月10日 開設者Aが許可取得
2008年3月15日 薬局移転 (新規許可取得)
の場合、「薬局の開設日」は2008年3月15日

-----ここから下は「医療情報ネット (ナビイ)」にて公開される情報です-----

【薬局の名称】

フリガナ	
名称	
ローマ字	

薬局開設許可証に記載されている「薬局の名称」を記載

【薬局の開設者】

フリガナ	
開設者氏名	

開設者が個人の場合は個人の氏名を記載。
法人の場合は名称及び代表者の氏名を記載
(法人の場合、「株式会社」等の表記を略さないこと。)
(例) 株式会社福岡県庁薬局 福岡 太郎

【薬局の管理者】

フリガナ	
管理者氏名	

【薬局の所在地】

郵便番号	
所在地 (フリガナ)	
所在地	
英語表記	

【薬局の面積】

薬局の面積	m ²
-------	----------------

※小数点以下は、第1位まで記載する。

【店舗販売業の併設の有無】

いずれかに○

店舗販売業の併設	有 無
----------	-----

薬局開設許可と店舗販売業許可が併設している場合に限り、
薬局開設許可のみを有し、薬局内で要指導医薬品や一般用医薬品を販売している場合は該当しません。

【電話番号及びファクシミリ番号】

①営業日の開店時間内電話番号		市外局番から記載
②営業日の開店時間内ファクシミリ番号		
③夜間・休日の電話番号		
④夜間・休日のファクシミリ番号		

【電子メールアドレス】

薬局の電子メールアドレス	
--------------	--

【営業日・開店時間 開店時間（1）営業日及び開店時間】

営業日 いずれかに○

月	火	水	木	金	土	日	祝
開 閉	開 閉	開 閉	開 閉	開 閉	開 閉	開 閉	開 閉

基本となる開店時間	時間帯 1		～		(記載例①) 9:00開局、18:00閉局 12:00～13:00が昼休みで薬局を一時的に閉める場合 時間帯 1 9:00～12:00 時間帯 2 13:00～18:00 (記載例②) 9:00開局、18:00閉局 昼休み等で薬局を占める時間帯がない場合 時間帯 1 9:00～18:00
	時間帯 2		～		
	時間帯 3		～		
	時間帯 4		～		

【開店時間帯 1～4】

※営業日が「開」の場合、記載する。

曜日	時間帯 1	時間帯 2	時間帯 3	時間帯 4
月	～	～	～	～
火	～	～	～	～
水	～	～	～	～
木	～	～	～	～
金	～	～	～	～
土	～	～	～	～
日	～	～	～	～
祝	～	～	～	～

※時間は24時間表記とし、例「9:00～12:00」のように記載する。

【営業日・開店時間 開店時間（2）閉店日】

いずれかに○

毎週決まった曜日に閉店	月	火	水	木	金	土	日	祝	
	開	閉	開	閉	開	閉	開	閉	開

「第1・第3木曜日閉局」のように、月の特定の曜日のみ閉局する場合、「閉」を記載

休業日		月	火	水	木	金	土	日
	第1週							
	第2週							
	第3週							
	第4週							
	第5週							

定期週の考え方

月	火	水	木	金	土	日
					1 第1	2 第1
3	4	5 第1	6	7	8 第2	9 第2
10	11	12 第2	13	14	15 第3	16 第3
17	18	19 第3	20	21	22 第4	23 第4
24	25	26 第4	27	28	29 第5	30 第5
31 第5						

いずれかに○

祝日に閉店	開	閉
-------	---	---

その他の閉店日（GW、お盆など、具体的な日付を記入）（2000文字以内）

（記載例）
 「年末年始（12/30～1/3）」
 「お盆（8/12～16）」
 「ゴールデンウィーク」
 「毎月20日」

【営業日・開店時間 開店時間（3）開店時間外の対応】

開店時間外の対応	いずれかに○	
	可	否

「可」の場合、選択

いずれかに○	
24時間対応	可 否
いずれかに○	
地域輪番制に参加	参加 不参加
いずれかに○	
時間外連絡先を店頭に掲示	掲示 非掲示
いずれかに○	
時間外連絡先を薬袋等に表示	掲示 非掲示

【営業日・開店時間 開店時間（4）特記事項】

特記事項（2000文字以内）

【開店時間外で相談できる時間】

開店時間外で相談できる時間（2000文字以内）

--

【健康サポート薬局である旨の表示の有無】

いずれかに○	
健康サポート薬局の届出	有 無

健康サポート薬局：健康サポート薬局の基準に適合し、「健康サポート薬局である旨表示する」届出を保健所へ提出した薬局
※「健康サポート薬局研修」を受講したのみでは「有」になりません

【地域連携薬局の認定の有無】

いずれかに○	
地域連携薬局の認定	有 無

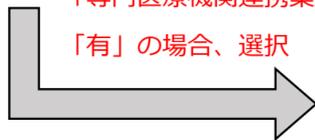
地域連携薬局：地域連携薬局の審査基準に適合し、県から認定を受けた薬局

【専門医療機関連携薬局の認定の区分】

いずれかに○	
専門医療機関連携薬局の認定	有 無

専門医療機関連携薬局：専門医療機関連携薬局の審査基準に適合し、県から認定を受けた薬局

「専門医療機関連携薬局の認定の有無」が
「有」の場合、選択



いずれかに○	
傷病区分：がん	認定 非認定

1.2. 薬局へのアクセス等

【薬局までの主な利用交通手段】

いずれかに○

ルート1	薬局最寄りの鉄道路線・駅	有 無	最寄りの路線名	
	下車駅名			
	最寄り駅から薬局までの徒歩による所要時間		分	

いずれかに○

ルート2	薬局最寄りのバス路線・停留所	有 無		
	下車駅名			
	最寄りのバス停から薬局までの徒歩による所要時間		分	

記載例	薬局最寄りの鉄道路線・駅の有無	1	最寄りの路線名	JR
	下車駅名	東京駅		
	薬局最寄りのバス路線・停留所の有無	1		
	下車バス停	○○バス停留所		
	最寄り駅又はバス停から薬局までの徒歩による所要時間（分）		5	

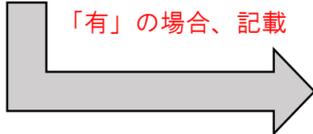
特記事項（2000文字以内）

【薬局の駐車場】

いずれかに○

駐車場	有 無	薬局において所有する駐車場、又は契約等により薬局に訪れた患者等が自由に使用できる駐車場を薬局において保有する場合は「有」
-----	-----	--

「有」の場合、記載



駐車場台数	有料		台
	無料		台

いずれかに○

最寄りの有料駐車場	有 無
最寄りの無料駐車場	有 無

駐車場を利用する場合の条件や料金等を記載してください。

特記事項（駐車場）（2000文字以内） また、駐輪場を利用する場合の条件や制約事項等も記載してください。

いずれかに○

駐輪場	有	無
-----	---	---

薬局において所有する駐輪場、又は契約等により薬局に訪れた患者等が自由に使用できる駐輪場を薬局において保有する場合は「有」

【ホームページアドレス】

薬局のホームページアドレス	
---------------	--

「https://」や「www」は省略しないでください。

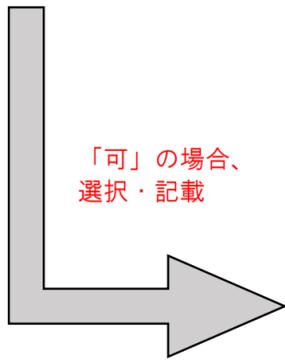
特記事項（2000文字以内） 当該ホームページの利用が有料である場合には、その旨がわかるよう必要な情報を記載してください。

1.3. 薬局サービス等

【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）】

いずれかに○

服薬等に関する相談（お薬相談）	可	否
-----------------	---	---



いずれかに○		いずれかに○			
一般用医薬品の相談	可	否	漢方相談	可	否
公衆衛生相談（ぎょう虫、しらみ駆除、疥癬など）	可	否	誤飲・誤食による中毒相談	可	否
その他、対応な服薬等に関する相談（2000文字以内）					

【相談に対する対応の可否（２）介護等の相談】

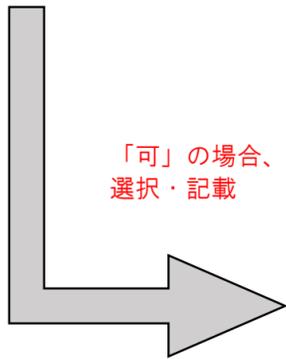
介護等の相談	いずれかに○	
	可	否



いずれかに○		いずれかに○	
介護用品の相談	可 否	介護用食品の相談	可 否
ストマ装具の相談	可 否	介護関連事業所等の紹介	可 否
その他、対応な介護等に関する相談（2000文字以内）			

【相談に対する対応の可否（３）育児の相談】

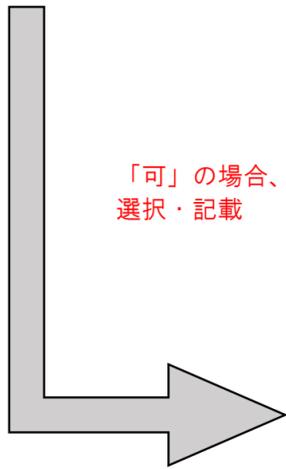
育児の相談	いずれかに○	
	可	否



いずれかに○		いずれかに○	
ベビーフード、粉ミルクの相談	可 否	ベビー用衛生用品（紙おむつ等）の相談	可 否
その他、対応な育児に関する相談（2000文字以内）			

【相談に対する対応の可否（４）生活習慣病の相談】

生活習慣病の相談	いずれかに○	
	可	否



いずれかに○		いずれかに○			
特定保健用食品の相談	可	否	各種疾病用食品の相談	可	否
各種検査薬の相談	可	否	自己血糖測定器の相談	可	否
体脂肪測定器の相談	可	否	血圧測定器の相談	可	否
栄養相談	可	否	健康食品の相談	可	否
その他、対応可能な生活習慣病の相談（2000文字以内）					

【相談に対する対応の可否（５）禁煙の相談】

禁煙の相談	いずれかに○	
	可	否

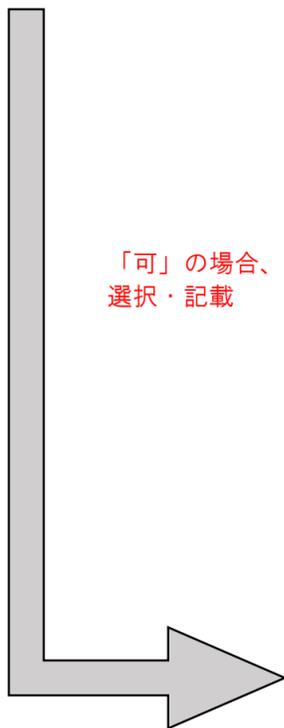
【相談に対する対応の可否（６）健康相談】

健康相談	いずれかに○	
	可	否

【相談に対する対応の可否（7）時間外の相談対応可否】

いずれかに○

時間外の相談対応	可	否
----------	---	---



「可」の場合、
選択・記載

時間外対応が可能な相談内容に関する特記事項（2000文字以内）	
<div style="background-color: #e0f0e0; height: 80px;"></div>	
【相談に対する対応の可否（8）時間外に対応可能時間】	
時間外に対応可能時間（300文字以内）	
<div style="background-color: #e0f0e0; height: 60px;"></div>	
時間外に対応可能時間に関する特記事項（2000文字以内）	
<div style="background-color: #e0f0e0; height: 60px;"></div>	
【相談に対する対応の可否（9）時間外に対応連絡先（電話番号）】	
時間外に対応連絡先（電話番号）	<div style="background-color: #e0f0e0; width: 350px; height: 20px;"></div>
時間外に対応連絡先（電話番号）に関する特記事項（2000文字以内）	
<div style="background-color: #e0f0e0; height: 60px;"></div>	

【相談に対する対応の可否（10）備考】

備考（2000文字以内）

【相談できるサービスの方法】

	いずれかに○			いずれかに○			いずれかに○	
電話による対応	可	否	メールによる対応	可	否	SMSによる対応	可	否

その他の相談できるサービスの方法（2000文字以内）

【薬剤師不在時間の有無】

	いずれかに○	
薬剤師不在時間	有	無

【対応することができる外国語の種類】

	いずれかに○	
言語	可	否
英語による対応	可	否
中国語（簡体字）による対応	可	否
中国語（繁体字）による対応	可	否
韓国語・朝鮮語による対応	可	否

「可」の場合、選択



	いずれかに○				いずれかに○	
対応レベル				事前連絡の必要性		
片言 日常会話 母国語並				要	不要	
片言 日常会話 母国語並				要	不要	
片言 日常会話 母国語並				要	不要	
片言 日常会話 母国語並				要	不要	

その他の外国語による対応	言語
外国語 1	語
外国語 2	語
外国語 3	語

その他対応可能な言語がある場合、選択



	いずれかに○				いずれかに○	
対応レベル				事前連絡の必要性		
片言 日常会話 母国語並				要	不要	
片言 日常会話 母国語並				要	不要	
片言 日常会話 母国語並				要	不要	

外国語対応に関する特記事項（200文字以内）

電話通訳サービスや多言語音声翻訳機器（言語を入力すると自動で他の言語に翻訳して音声出力するアプリ等）により対応している場合、その旨記載してください。また、対応可能な曜日や時間帯等の特記事項がある場合、記載してください。

【障害者に対する配慮（１）聴覚障害者に対するサービス】

いずれかに○			いずれかに○
手話による服薬指導や相談	可 否	「可」の場合、選択 →	手話による服薬指導や相談に関する事前連絡の必要性
			要 不要

いずれかに○			いずれかに○	
手話以外での服薬指導や相談	可 否	「可」の場合、選択 →	手話以外での服薬指導や相談に関する事前連絡の必要性	要 不要
			手話以外の対応可能な方法として画面表示による対応	可 否
			手話以外の対応可能な方法として文書による対応	可 否
			手話以外の対応可能な方法として筆談による対応	可 否
			手話以外の対応可能な方法として文書による対応	可 否
			手話以外の対応可能な方法として上記以外の方法による対応	可 否

【障害者に対する配慮（２）視覚障害者に対するサービス】

いずれかに○	
薬袋への点字表示	可 否

いずれかに○	
薬剤への点字表示	可 否

いずれかに○	
服薬指導用文書への点字表示	可 否

いずれかに○	
お薬服用識別シールでの対応	可 否

いずれかに○			いずれかに○	
点字による服薬指導や相談	可 否	「可」の場合、選択 →	点字による服薬指導や相談に関する事前連絡の必要性	要 不要

いずれかに○			いずれかに○	
点字以外での服薬指導や相談	可 否	「可」の場合、選択 →	点字以外での服薬指導や相談に関する事前連絡の必要性	要 不要

いずれかに○			いずれかに○	
音声案内	可 否	点字ブロックが設置	設置 非設置	

【車椅子の利用者に対する配慮】

いずれかに○	
車椅子での来局	可 否

いずれかに○		いずれかに○		いずれかに○	
スロープ	有 無	手すり	有 無	身体障害者用トイレ	有 無
車椅子利用者用駐車場	有 無	点状ブロック	有 無	昇降機	有 無

いずれかに○	
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（バリアフリー）	有 無

【特定販売を行う際に使用する通信手段 (1) 電話による販売】

いずれかに○		法施行規則第1条第2項第2号に規定する特定販売を指します。 特定販売を行うためには、保健所への届出が必要です。
電話による販売	有 無	



電話による販売時間（300文字以内）			
いずれかに○		いずれかに○	
電話による販売を行う医薬品の区分（薬局製造販売医薬品）	有 無	電話による販売を行う医薬品の区分（第1類医薬品）	有 無
電話による販売を行う医薬品の区分（第2類医薬品）	有 無	電話による販売を行う医薬品の区分（第3類医薬品）	有 無

【特定販売を行う際に使用する通信手段 (2) インターネットによる販売】

いずれかに○		法施行規則第1条第2項第2号に規定する特定販売を指します。 特定販売を行うためには、保健所への届出が必要です。
インターネットによる販売	有 無	



インターネットによる販売時間（300文字以内）			
いずれかに○		いずれかに○	
インターネットによる販売を行う医薬品の区分（薬局製造販売医薬品）	有 無	インターネットによる販売を行う医薬品の区分（第1類医薬品）	有 無
インターネットによる販売を行う医薬品の区分（第2類医薬品）	有 無	インターネットによる販売を行う医薬品の区分（第3類医薬品）	有 無

【特定販売を行う際に使用する通信手段 (3) カタログによる販売】

いずれかに○		法施行規則第1条第2項第2号に規定する特定販売を指します。 特定販売を行うためには、保健所への届出が必要です。
カタログによる販売	有 無	

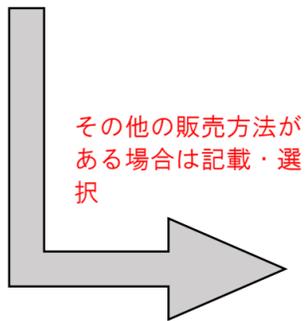


カタログによる販売時間（300文字以内）			
いずれかに○		いずれかに○	
カタログによる販売を行う医薬品の区分（薬局製造販売医薬品）	有 無	カタログによる販売を行う医薬品の区分（第1類医薬品）	有 無
カタログによる販売を行う医薬品の区分（第2類医薬品）	有 無	カタログによる販売を行う医薬品の区分（第3類医薬品）	有 無

【特定販売を行う際に使用する通信手段 (4) その他の方法による販売】

規則第1条第2項第2号に規定する特定販売について、電話、インターネット又はカタログ以外の方法により販売を行っている場合はその通信手段を記載してください。

その他の販売方法の通信手段 (2000文字以内)



その他の方法による販売時間 (300文字以内)

いずれかに○		いずれかに○	
その他の方法による販売を行う医薬品の区分 (薬局製造販売医薬品)	有 無	その他の方法による販売を行う医薬品の区分 (第1類医薬品)	有 無
その他の方法による販売を行う医薬品の区分 (第2類医薬品)	有 無	その他の方法による販売を行う医薬品の区分 (第3類医薬品)	有 無

【薬局製剤実施の可否】

いずれかに○	
薬局製剤実施	可 否

【薬局医薬品の取扱品目数】

薬局医薬品の取扱品目数	品目	取扱品目数は、100品目ごと等の概数で差し支えありません。なお、同成分で規格違いの場合は、別品目としてください。
-------------	----	--

【要指導医薬品・一般用医薬品の取扱品目数】

要指導医薬品・一般用医薬品の取扱品目数	品目	取扱品目数は、10品目ごと等の概数で差し支えありません。なお、同成分で規格違いや包装単位が違う場合は別品目としてください。
---------------------	----	---

【特別用途食品の取扱いの有無】

いずれかに○		いずれかに○		いずれかに○	
病者用食品	有 無	乳児用調整乳	有 無	えん下困難者用食品	有 無

【配送サービスの利用可否について】

いずれかに○	
配送サービスの利用	可 否



【配送サービスの利用の方法について】
利用の依頼方法、配送の手段 (配送業者を利用、薬局従事者が訪問等)、配送の方法 (2000文字以内) 時間帯等のサービス利用に係る内容を具体的に記載してください。

【配送サービスの利用の費用について】
配送の利用料 (2000文字以内)

1.4. 費用負担等

【医療保険及び公費負担等の取扱い（1）健康保険法に基づく保険薬局としての指定の有無】

いずれかに○

健康保険法に基づく保険薬局としての指定	有	無
---------------------	---	---

【医療保険及び公費負担等の取扱い（2）届出が必要な公費負担等の取扱い】

いずれかに○

生活保護法に基づく指定	有	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	有	無
公害健康被害の補償等に関する法律に基づく指定	有	無
原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律に基づく指定	有	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(精神通院医療)	有	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(育成医療・更生医療)	有	無
労働者災害補償保険法に基づく指定	有	無
児童福祉法に基づく指定	有	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	有	無
母子保健法に基づく指定	有	無
戦傷病者特別援護法に基づく指定	有	無

【電子決済による料金の支払の可否（1）電子決済サービスの有無】

いずれかに○	
電子決済サービスへの対応	可 否

「可」の場合、記載・選択
「否」の場合、次のページ（2.1.業務内容、提供サービス）へ

【電子決済による料金の支払の可否（2）対応可能な決済サービス】

【電子決済による料金の支払の可否（3）決済サービス名称】

いずれかに○	
クレジットカードによる処方箋調剤に関する支払い	可 否
クレジットカードによる一般薬・その他に関する支払い	可 否

1つでも「可」の場合、選択

いずれかに○		いずれかに○		いずれかに○	
JCB	可 否	VISA	可 否	Master Card	可 否
中国銀聯	可 否	American Express	可 否	DISCOVER	可 否
Diners Club	可 否	UFJ	可 否	DC	可 否
ニコス	可 否				

いずれかに○	
デビットカードによる処方箋調剤に関する支払い	可 否
デビットカードによる一般薬・その他に関する支払い	可 否

1つでも「可」の場合、選択

いずれかに○		いずれかに○		いずれかに○	
JCB	可 否	VISA	可 否	Master Card	可 否
中国銀聯	可 否				

いずれかに○	
その他の電子決済による処方箋調剤に関する支払い	可 否
その他の電子決済による一般薬・その他に関する支払い	可 否

1つでも「可」の場合、選択

いずれかに○		いずれかに○		いずれかに○	
交通系電子マネー (Suica等)	可 否	EDY	可 否	iD	可 否
QUICPay	可 否				

特記事項（2000文字以内） 上記以外の利用可能な電子決済サービスや利用制限があれば記載

2.1. 業務内容、提供サービス

【認定薬剤師の種類及び人数】 常勤・非常勤を問わない

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)）	人
漢方薬・生薬認定薬剤師（公益財団法人日本薬剤師研修センターと日本生薬学会が合同認定）	人
小児薬物療法認定薬剤師（公益財団法人日本薬剤師研修センターと日本小児臨床薬理学会の合同認定）	人
認定実務実習指導薬剤師（一般社団法人薬学教育協議会）	人
地域薬学ケア専門薬剤師（がん）（一般社団法人日本医療薬学会）	人
外来がん治療専門薬剤師（一般社団法人 日本臨床腫瘍薬学会）	人

上記以外の認定薬剤師がいる場合は記載

認定薬剤師の資格名		認定薬剤師の人数	人

【健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師の人数】

健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師	人	健康サポート薬局の届出の有無にかかわらず、健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師の人数（常勤・非常勤にかかわらず実数）を記載してください。ただし、研修修了証の有効期限が切れている場合は人数に含めません。
-----------------------	---	---

【登録販売者、その他資格者の人数】

登録販売者	人	管理栄養士	人	栄養士	人
その他資格者の資格名・人数					人

【薬局の業務内容】

無菌製剤処理に係る調剤の実施（他の薬局の無菌調剤室を利用する場合を含む。）	いずれかに○		無菌製剤処理を行うための施設基準に適合している旨を地方厚生局に届け出ている場合は「可」としてください（処方箋受付薬局が無菌調剤室提供薬局の無菌調剤室の共同利用を行うことにより無菌製剤処理を要する医薬品を調剤することができる場合を含むこと。）
	可	否	

無菌調剤室	いずれかに○		クリーンベンチ	いずれかに○		安全キャビネット	いずれかに○	
	有	無		有	無		有	無

無菌製剤処理に係る調剤を当該薬局において実施した回数	回	無菌製剤処理に係る調剤を他の薬局の無菌調剤室を利用して実施した回数	回	期間：R6. 1. 1～R6. 12. 31
----------------------------	---	-----------------------------------	---	------------------------

無菌製剤処理に係る特記事項 ※無菌調剤室を共同利用する場合は、無菌調剤室提供薬局の名称及び所在地等を記載する。（2000文字以内）

一包化に係る調剤の実施	いずれかに○	
	可	否

麻薬に係る調剤	いずれかに○		「可」の場合、記載	回	期間：R6. 1. 1～R6. 12. 31
	可	否			

浸煎薬及び湯薬に係る調剤の実施	いずれかに○	
	可	否

医療を受ける者の居宅等において行う調剤業務の実施	いずれかに○		「可」の場合、記載	件	期間：R6. 1. 1～R6. 12. 31
	可	否			

携帯型ディスポーザブル注入ポンプ（PCA型）の取扱い	いずれかに○	
	有	無

小児の訪問薬剤管理指導の実績	いずれかに○		期間：R6. 1. 1～R6. 12. 31
	有	無	

医療的ケア児への薬学的管理・指導	いずれかに○	
	可	否

	いずれかに○
オンライン服薬指導の実施	可 否



オンライン服薬指導に対応するシステム (2000文字以内)	
オンライン服薬指導に関するページのURL (1000文字以内)	
オンライン服薬指導を実施した回数	回 期間：R6. 1. 1～R6. 12. 31

	いずれかに○
マイナンバーカードの保険証利用により取得した薬剤情報等を活用した調剤の実施	可 否

	いずれかに○
電子処方箋の受付	可 否

リフィル処方箋の対応実績	件	期間：R6. 1. 1～R6. 12. 31 リフィル処方箋2枚を1度に薬局で受付した場合、2枚としてカウント
--------------	---	--

	いずれかに○
電磁的記録による薬剤服用歴管理の実施	有 無

	いずれかに○
お薬手帳の交付	可 否

	いずれかに○
電子版お薬手帳の対応	可 否

	いずれかに○
緊急避妊薬の調剤の対応	可 否

	いずれかに○
オンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤の対応	可 否

	いずれかに○
高度管理医療機器の販売業許可	有 無

	いずれかに○
高度管理医療機器の貸与業許可	有 無

検体測定室の設置	いずれかに○	
	有	無



いずれかに○		いずれかに○		いずれかに○	
検体測定室の検査項目 (AST(GOT))	有 無	検体測定室の検査項目 (ALT(GPT))	有 無	検体測定室の検査項目 (γ-GT (γ-GTP))	有 無
検体測定室の検査項目 (中性脂肪 (TG))	有 無	検体測定室の検査項目 (HDLコレステロール)	有 無	検体測定室の検査項目 (LDLコレステロール)	有 無
検体測定室の検査項目 (Non-HDLコレステロール)	有 無	検体測定室の検査項目 (血糖)	有 無	検体測定室の検査項目 (HbA1c)	有 無
検体測定室の検査費用 (200文字以内)					

事業継続計画 (BCP) の策定	有 無	非常用電源	有 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」に基づく都道府県との協定の締結	有 無	新型コロナウイルス抗原検査キットの取扱い	有 無

【地域医療連携体制】

医療連携	いずれかに○	
	有	無

「医療連携」とは、下記3つのいずれかの取組を指します



いずれかに○		いずれかに○	
プレアボイド事例の把握・収集に関する取組	有 無	プロトコルに基づいた薬物治療管理 (PBPM) の取組	有 無
地域の医療機関等が連携した薬剤のフォーミュラリーを導入する取組	有 無		

地域医療情報連携ネットワークへの参加	有 無
--------------------	-----

入院時の情報を共有する体制	有 無	「有」の場合、記載	回	期間：R6. 1. 1～R6. 12. 31
---------------	-----	-----------	---	------------------------

退院時の情報を共有する体制	有 無	「有」の場合、記載	回	期間：R6. 1. 1～R6. 12. 31
---------------	-----	-----------	---	------------------------

入院時の情報を共有する体制及び退院時の情報を共有する体制に掲げるもののほか、医療機関に情報を共有した回数	回	期間：R6. 1. 1～R6. 12. 31	医療機関に勤務する薬剤師等に対して、患者への医療提供に必要な情報を共有した回数
--	---	------------------------	---

受診勧奨に係る情報等を医療機関に提供する体制	有 無	「有」の場合、選択	受診勧奨に係る情報等を医療機関に提供実績	有 無
------------------------	-----	-----------	----------------------	-----

地域住民への啓発活動への参加	有 無
----------------	-----

調剤基本料の届出	いずれかに○			
	無し	調剤基本料 1	調剤基本料 2	調剤基本料 3 イ
	調剤基本料 3 ロ	調剤基本料 3 ハ	特別調剤基本料 A	特別調剤基本料 B

地域支援体制加算の届出	いずれかに○			
	無し	地域支援体制加算 1	地域支援体制加算 2	
	地域支援体制加算 3	地域支援体制加算 4		

連携強化加算の届出	有 無
-----------	-----

2. 2. 実績、結果等に関する事項

【薬局の薬剤師数】

	整数		整数		小数第2位切捨
勤務薬剤師の常勤の人数	人	勤務薬剤師の非常勤の人数	人	勤務薬剤師の非常勤の人数（常勤換算）	人

【医療安全対策の実施】

副作用等に係る報告の実施件数	件	期間：R6. 1. 1～R6. 12. 31
----------------	---	------------------------

いずれかに○	
医療安全対策に係る事業への参加	有 無

【感染防止対策の実施の有無】

いずれかに○	
感染防止対策の実施	有 無

【情報開示の体制】

いずれかに○	
情報開示の体制	可 否

【症例を検討するための会議等の開催の有無】

いずれかに○	
症例を検討するための会議等の開催	有 無

【総取扱処方箋数】

総取扱処方箋数	枚	期間：R6. 1. 1～R6. 12. 31 眼科、耳鼻咽喉科及び歯科の処方箋数についても三分の二を乗じる必要はありません。
---------	---	---

【健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師が地域ケア会議その他地域包括ケアシステムの構築のための会議に参加した回数】

健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師が地域ケア会議その他地域包括ケアシステムの構築のための会議に参加した回数	回	期間：R6. 1. 1～R6. 12. 31
---	---	------------------------

【患者の服薬状況等を医療機関に提供した回数】

患者の服薬状況等を医療機関に提供した回数	回	期間：R6. 1. 1～R6. 12. 31
----------------------	---	------------------------

【患者満足度の調査】

いずれかに○		いずれかに○	
患者満足度の調査の実施	有 無	「有」の場合、選択	患者満足度の調査結果の提供
期間：R6. 1. 1～R6. 12. 31			

2.3. 地域連携薬局等に関する事項

【地域連携薬局】 p4 地域連携薬局の認定「有」の場合のみ記載

地域包括ケアシステムに関する研修を修了した薬剤師	人	
休日又は夜間に調剤の求めがあっ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	回	期間：R6. 1. 1～R6. 12. 31
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	回	期間：R6. 1. 1～R6. 12. 31
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	回	期間：R6. 1. 1～R6. 12. 31
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	回	期間：R6. 1. 1～R6. 12. 31

【専門医療機関連携薬局】 p4 専門医療機関連携薬局の認定「有」の場合のみ記載

第十条の三第一項に規定する傷病の区分ごとの専門性の認定を受けた薬剤師	人	期間：R6. 1. 1～R6. 12. 31
第十条の三第三項第二号に基づき、同項第一号の医療機関に情報を共有した回数	回	期間：R6. 1. 1～R6. 12. 31
休日又は夜間に調剤の求めがあっ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	回	期間：R6. 1. 1～R6. 12. 31
在庫として保管する第十条の三第一項に規定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	回	期間：R6. 1. 1～R6. 12. 31
地域における他の薬局開設者に対して第十条の三第一項に規定する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った回数	回	期間：R6. 1. 1～R6. 12. 31
地域における他の医療提供施設に対して第十条の三第一項に規定する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	回	期間：R6. 1. 1～R6. 12. 31