様式第一

薬局開設許可申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 薬局の名称 | 　 |
| 薬局の所在地 | 　 |
| 薬局の構造設備の概要 | 　 |
| 調剤及び調剤された薬剤の販売又は授与の業務を行う体制の概要 | 　 |
| 医薬品の販売又は授与を行う体制の概要 | 　 |
| (法人にあつては)薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名 | 　 |
| 通常の営業日及び営業時間 | 　 |
| 相談時及び緊急時の連絡先 | 　 |
| 薬剤師不在時間の有無 | 有・無 |
| 特定販売の実施の有無 | 有・無 |
| 健康サポート薬局である旨の表示の有無 | 有・無 |
| に責任を有する役員を含む。）の欠格条項申請者（法人にあつては、薬事に関する業務 | (1) | 法第75条第１項の規定により許可を取り消され、取消しの日から３年を経過していない者　 |  |
| (2) | 法第75条の２第１項の規定により登録を取り消され、取消しの日から３年を経過していない者 |  |
| (3) | 拘禁刑以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた後、３年を経過していない者 |  |
| (4) | 法、麻薬及び向精神薬取締法、毒物及び劇物取締法その他薬事に関する法令で政令で定めるもの又はこれに基づく処分に違反し、その違反行為があつた日から２年を経過していない者 |  |
| (5) | 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者 |  |
| (6) | 精神の機能の障害により薬局開設者の業務を適正に行うに当たつて必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者 |  |
| (7) | 薬局開設者の業務を適切に行うことができる知識及び経験を有すると認められない者 |  |
| 備考 | 　 |

　　　上記により、薬局開設の許可を申請します。

　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |

下関市立下関保健所長　殿

（注意）

　１　用紙の大きさは、Ａ４とすること。

　２　字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。

　３　薬局の構造設備の概要欄にその記載事項の全てを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。

　４　調剤及び調剤された薬剤の販売又は授与の業務を行う体制の概要欄にその記載事項の全てを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。

　５　医薬品の販売又は授与を行う体制の概要欄にその記載事項の全てを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。

　６　相談時及び緊急時の連絡先欄には、原則として電話番号を記載し、必要に応じてメールアドレス等も記載すること。

　７　申請者の欠格条項の(1)欄から(7)欄までには、当該事実がないときは「なし」と記載し、あるときは、(1)欄及び(2)欄にあつてはその理由及び年月日を、(3)欄にあつてはその罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた場合はその年月日を、(4)欄にあつてはその違反の事実及び違反した年月日を記載すること。また、(6)欄に該当するおそれがある者については、同欄に「別紙のとおり」と記載し、当該申請者に係る精神の機能の障害に関する医師の診断書を添付すること。

○管理者及びその他の薬剤師又は登録販売者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 薬局の管理者 | 氏　　　　　名 |  |
| 住　　　　　所 |  |
| 週当たり勤務時間数 |  |
| 種　　　　　別 | 薬　剤　師 |
| 薬剤師名簿登録番号 |  | 薬剤師名簿登録年月日 |  |
| その他の薬剤師又は登録販売者 | 氏　　　　　名 |  |
| 住　　　　　所 |  |
| 週当たり勤務時間数 |  |
| 種　　　　　別 |  薬　剤　師 ・　　登録販売者 |
| 薬剤師名簿登録番号又は販売従事登録番号 |  | 薬剤師名簿登録年月日又は販売従事登録年月日 |  |
| その他の薬剤師又は登録販売者 | 氏　　　　　名 |  |
| 住　　　　　所 |  |
| 週当たり勤務時間数 |  |
| 種　　　　　別 |  薬　剤　師 ・　　登録販売者 |
| 薬剤師名簿登録番号又は販売従事登録番号 |  | 薬剤師名簿登録年月日又は販売従事登録年月日 |  |
| その他の薬剤師又は登録販売者 | 氏　　　　　名 |  |
| 住　　　　　所 |  |
| 週当たり勤務時間数 |  |
| 種　　　　　別 |  薬　剤　師 ・　　登録販売者 |
| 薬剤師名簿登録番号又は販売従事登録番号 |  | 薬剤師名簿登録年月日又は販売従事登録年月日 |  |
| その他の薬剤師又は登録販売者 | 氏　　　　　名 |  |
| 住　　　　　所 |  |
| 週当たり勤務時間数 |  |
| 種　　　　　別 |  薬　剤　師 ・　　登録販売者 |
| 薬剤師名簿登録番号又は販売従事登録番号 |  | 薬剤師名簿登録年月日又は販売従事登録年月日 |  |
| その他の薬剤師又は登録販売者 | 氏　　　　　名 |  |
| 住　　　　　所 |  |
| 週当たり勤務時間数 |  |
| 種　　　　　別 |  薬　剤　師 ・　　登録販売者 |
| 薬剤師名簿登録番号又は販売従事登録番号 |  | 薬剤師名簿登録年月日又は販売従事登録年月日 |  |

* １日平均取扱処方箋枚数

|  |  |
| --- | --- |
| １日平均取扱処方箋枚数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　枚 |

* 通常の営業日及び営業時間

|  |  |
| --- | --- |
| 薬局の営業日及び営業時間 | 営業時間の１週間の総和（　　　　時間/週） |
| 薬局の開店日及び 開店時間 | 開店時間の１週間の総和（　　　　時間/週） |
| 要指導医薬品又は一般用医薬品の販売等の開店時間 | 要指導医薬品又は一般用医薬品を販売等する開店時間の１週間の総和（　　　時間/週） |
| 要指導医薬品の販売等の開店日及び開店時間 | 要指導医薬品を販売等する開店時間の１週間の総和（　　　　時間/週） |
| 一般用医薬品の販売等の開店日及び開店時間 | 一般用医薬品を販売等する開店時間の１週間の総和（　　　時間/週） |
| 第一類医薬品の販売等の開店日及び開店時間 | 第一類医薬品を販売等する開店時間の１週間の総和（　　　時間/週） |

* 医薬品販売業等の兼営事業の種類

|  |  |
| --- | --- |
| 医薬品販売業等兼営事業の種類 | □　薬局医薬品（薬局製造販売医薬品を除く。）□　薬局製造販売医薬品□　要指導医薬品□　第一類医薬品□　指定第二類医薬品□　第二類医薬品（指定第二類医薬品を除く。）□　第三類医薬品□　高度管理医療機器等販売業・貸与業□　管理医療機器販売業・貸与業□　再生医療等製品の販売業□　医薬部外品□　化粧品 |

* 特定販売の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 特定販売を行う際に使用する通信手段 | □　インターネット□　電話□　カタログ□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 特定販売を行う医薬品の区分 | □　第一類医薬品□　指定第二類医薬品□　第二類医薬品（指定第二類医薬品を除く。）□　第三類医薬品□　薬局製造販売医薬品（毒薬及び劇薬であるものを除く。） |
| 特定販売のみを行う営業時間の有無 | 有　　　・　　　無 |
| 特定販売のみを行う営業日及び営業時間 | 特定販売のみを行う営業時間がある場合のみ |
| 特定販売の実施方法に関する適切な監督に必要な設備の概要 | 特定販売のみを行う営業時間がある場合のみ |
| 特定販売を行うことに関する広告等に表示する薬局等名称 | □　申請薬局等の名称と同じ□　申請薬局等の名称と異なる異なる場合はその名称 |
| 特定販売を行うことに関してインターネットを利用して広告を行う場合の主たるホームページアドレス及び主たるホームページの構成の概要 | ・主たるホームページのアドレス（当該ホームページの必要なパスワード等がある場合にはそのパスワード等も併せて記載すること。）・主たるホームページの構成の概要 |

雇用証明書

私どもは下記事項を条件として使用関係にあることを証します。

　　　年　　月　　日

雇用者　　住所

　　　　　法人にあっては主たる

　　　　　　　事務所所在地

　　　　　　氏名

　　　　　法人にあっては、名称

　　　　　　　及び代表者の氏名

被雇用者　住所

　　　　　　氏名

記

１業務

２勤務場所

３勤務時間　　　午前　　　時　　　分　～午後　　　時　　分

４勤務日　　　　週　　　日（　　　曜日から　　曜日まで）

**健康サポート薬局の表示に係る届出書添付書類一覧表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 届出書添付書類 | 通知(＊)該当頁 | 届出者ﾁｪｯｸ欄　　　　　　　　　　　　 | 保健所ﾁｪｯｸ欄 |
| か　か　り　つ　け　薬　局　の　基　本　的　機　能 | Ⅰ.　当該薬局の業務実態を踏まえて、以下の事項に関することを記載した省令手順書 |  | □ | □ |
|  | ⅰ. 患者がかかりつけ薬剤師を選択できることとし、かかりつけ薬剤師が薬剤に関する情報提供・指導等を一元的・継続的に行うこと。 | p4-5:(1)① | □ | □ |
| ⅱ. 患者がかかりつけ薬剤師を選択した際、その旨及び選択した薬剤師が分かるよう薬剤服用歴に記録しておくこと。 | p4-5:(1)① | □ | □ |
| ⅲ. 患者が現在受診している医療機関を全て把握するよう取り組むこと。 | p5:(1)② | □ | □ |
| ⅳ. 患者に使用された医薬品・服用している医薬品の一元的・継続的な把握に取り　　 組むこと。 | p5:(1)② | □ | □ |
| ⅴ. 患者に対し残薬確認、残薬解消、残薬発生の原因聴取とその対処に取り組むこと。 | p5-6:(1)③ | □ | □ |
| ⅵ. 毎回、患者に服薬状況や体調変化を確認し、新たな情報や薬剤服用歴の記録を　　 参照した上で、必要に応じて確認・指導内容を見直し、患者の理解度等に応じて薬剤に関する情報提供・指導等を実施するよう取り組むこと。 | p5-6:(1)③ | □ | □ |
| ⅶ. 患者に対し、お薬手帳の意義及び役割等を説明するとともに活用を促すこと。 | p6-7:(1)④ | □ | □ |
| ⅷ. お薬手帳利用者に、適切な利用方法を指導すること（医療機関・薬局への提示、体調の変化等の記録、自身で購入した薬の記入等）。 | p6-7:(1)④ | □ | □ |
| ⅸ. お薬手帳の複数冊所持者に対し、お薬手帳の集約に努めること。 | p6-7:(1)④ | □ | □ |
| ⅹ. 薬剤師の基本的な役割の周知やかかりつけ薬剤師・薬局の意義、役割等の説明を行い、かかりつけ薬剤師・薬局を持つよう促すこと。 | p7-8:(1)⑤ | □ | □ |
| ⅹⅰ.開店時間外の電話相談等にも対応すること。かかりつけ薬剤師を持つ患者からの電話相談等に対しては当該薬剤師が対応すること。 | p7-8:(1)⑤ | □ | □ |
| ⅹⅱ.医療機関に対して、患者の情報に基づいて疑義照会を行い、必要に応じ、副作用等の情報提供、処方提案に適切に取り組むこと。 | p8:(1)⑥ | □ | □ |
| ⅹⅲ.上記のⅲ、ⅳ、ⅴ、ⅵ、ⅹ、ⅹⅰ、ⅹⅱの実施に関して、薬剤服用歴に記載すること。 | p8-9:(1)⑧ | □ | □ |
| Ⅱ.　当該薬局に従事する薬剤師の氏名、勤務日及び勤務時間を示した勤務表 | p4-5:(1)① | □ | □ |
| Ⅲ.　お薬手帳の意義、役割及び利用方法の説明又は指導のための適切な資料 | p6-7:(1)④ | □ | □ |
| Ⅳ.　かかりつけ薬剤師・薬局の意義及び役割等の説明のための適切な資料 | P7-8:(1)⑤ | □ | □ |
| Ⅴ.　当該薬局薬剤師に24時間直接相談できる連絡先電話番号等について、事前に患者等に対して説明し交付するための文書 | p8:(1)⑥ | □ | □ |
| Ⅵ.　直近１年間の薬剤服用歴の記録や薬学的管理指導計画書の写し等の在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績が確認できる書類 | p8:(1)⑦ | □ | □ |
| Ⅶ.　医療機関に対して情報提供する際の文書様式 | p8-9:(1)⑧ | □ | □ |
| 健 康 サ ポ ー ト 機 能 | Ⅰ.　当該薬局の業務実態を踏まえて、以下の事項に関することを記載した健康サポート業務手順書 |  | □ | □ |
|  | ⅰ.　要指導医薬品等及び健康に関する相談に適切に対応した上で、そのやり取りを通じて、必要に応じ医療機関への受診勧奨を行うこと。 | p9-10:(2)① | □ | □ |
| ⅱ.　健康に関する相談を受けた場合は、かかりつけ医等の有無を確認し、かかりつけ医がいる場合等には、かかりつけ医等に連絡を取り、連携して相談に対応すること。特に、要指導医薬品等による対応が困難であることが疑われる場合などには、受診勧奨を適切に実施すること。 | p9-10:(2)① | □ | □ |
| ⅲ.　健康の保持増進に関する相談に対し、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所及び訪問看護ステーション、健康診断や保健指導の実施機関、市区町村保健センター等の行政機関、介護予防・日常生活支援総合事業の実施者等の地域の連携機関を薬局利用者に紹介するよう取り組むこと。 | p10:(2)② | □ | □ |
| ⅳ.　上記ⅰ～ⅲに基づき受診勧奨又は紹介を行う際、必要な情報を紹介先の医療機関その他の連携機関に紹介文書により提供すること。 | p11-12:(2)④ | □ | □ |
| 届出書添付書類 | 通知(＊)該当頁 | 届出者ﾁｪｯｸ欄　　　　　　　　　　　　 | 保健所ﾁｪｯｸ欄 |
| 健　康　サ　ポ　ー　ト　機　能 |  | ⅴ.　以下のような場合に受診勧奨すること。・　医師の診断がなされている場合に、医師の指示に従わずに受診していないことが判明した場合に、受診勧奨すること。・　かかりつけ医がいるにもかかわらず、一定期間受診していないことが判明した場合に、受診勧奨すること。・　定期健診その他必要な健診を受診していないことが判明した場合に、受診勧奨すること。・　状態が悪い場合など要指導医薬品等による対応が困難であることが疑われる場合に、受診勧奨すること。・　要指導医薬品等を使用した後、状態の改善が明らかでない場合に受診勧奨すること。 | p14-15:(6)① | □ | □ |
| ⅵ.　要指導医薬品等又は健康食品等に関する相談に対し、薬局利用者の状況や当該品目の特性を十分に踏まえた上で、専門的知識に基づき説明すること。 | p15:(6)② | □ | □ |
| Ⅱ.　以下の事項を満たした医療機関その他の連携機関先のリスト | p10-11:(2)③ | □ | □ |
|  | ・　地域における医療機関、地域包括支援センター、介護事業所、訪問看護ステーション、健康診断等の実施機関、市区町村保健センター及び介護予防・日常生活支援総合事業の実施者が含まれていること。 |  | □ | □ |
| ・　医療機関その他の連携機関の名称、住所及び連絡先（電話番号、担当者名等）が記入できる様式であること。 |  | □ | □ |
| Ⅲ.　以下の内容を記載できる紹介文書・　紹介先に関する情報、紹介元の薬局・薬剤師に関する情報、紹介文書を記載した年月日、薬局利用者に関する情報、相談内容及び相談内容に関わる使用薬剤等がある場合にはその情報、薬剤師から見た紹介理由、その他特筆すべき事項 | p11-12:(2)④ | □ | □ |
| Ⅳ.　地域の薬剤師会と密接な連携を取り、地域の行政機関及び医師会、歯科医師会、薬剤師会等が実施又は協力する健康の保持増進その他の各種事業等への参加実績又は参加予定が確認できる資料（事業の概要、参加人数、場所及び日時並びに当該薬局の薬剤師の参加内容などが分かるもの） | p12:(2)⑤ | □ | □ |
| Ⅴ.　有効な健康サポート薬局に係る研修の研修修了証及び勤務体制が確認できる資料 | p13:(3)⑥ | □ | □ |
| Ⅵ.　個人情報に配慮した相談窓口を設置していることが確認できる写真等の資料 | p13:(4)② | □ | □ |
| Ⅶ.　薬局の外側に掲示予定のもの（健康サポート薬局、要指導医薬品等に関する助言や健康に関する相談を積極的に行っている旨）が確認できる資料 | p13-14:(5)① | □ | □ |
| Ⅷ.　薬局の中で提示予定のもの(実施している健康サポートの具体的な内容)が確認できる資料 | p14:(5)② | □ | □ |
| Ⅸ.　要指導医薬品等の備蓄品目を薬効群毎に分類したリスト | p14-15:(6)① | □ | □ |
| Ⅹ.　衛生材料及び介護用品等の備蓄品目リスト | p14-15:(6)① | □ | □ |
| ⅩⅠ.開店している営業日、開店時間を記載した文書 | p15-16:(7)③ | □ | □ |
| ⅩⅡ.要指導医薬品等及び健康食品等に関する助言や健康に関する相談に対応した対応内容の記録の様式が確認できる資料 | p16:(8)① | □ | □ |
| ⅩⅢ.積極的な健康サポートの取組等の実績が確認できる資料（取組の概要、参加人数、場所及び日時等が分かるもの） | p16:(8)② | □ | □ |
| ⅩⅣ.薬局において取組を発信していること等の実績が確認できる資料（取組の概要等が分かるもの） | p16-17:(8)③ | □ | □ |
| ⅩⅤ.国、地方自治体、関連学会等が作成する健康の保持増進に関するポスターの掲示やパンフレットの配布が確認できる資料 | p17:(8)④ | □ | □ |

　(＊)平成28年２月12日付け薬生発0212第５号厚生労働省医薬・生活衛生局長通知

｢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の一部を改正する省令の施行等について｣