

(第一片)

平成23年 1月 5日

東京都知事 殿

許可番号 ○○第○○○○○○○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

代表  
取締役  
印

## 薬局機能情報報告書

薬事法第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 トチョウデン
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、業務を行う役員のうち代表者の氏名）

フリガナ	トウキョウ タロウ
開設者氏名	東京 太郎

## (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

## (4) 薬局の所在地

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

## (5) 電話番号及びファクシミリ番号

営業日の営業時間内	電話番号	<b>03-5320-0000</b>
	ファクシミリ番号	<b>03-5388-0000</b>
営業時間外	電話番号	<b>03-5321-0000</b> <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

## (6) 営業日及び営業時間

## ① 営業日及び営業時間

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日
営業時間1	<b>10:00</b>	<b>10:00</b>	<b>10:00</b>	<b>10:00</b>
	～	～	～	～
営業時間2	<b>13:00</b>	<b>13:00</b>	<b>13:00</b>	<b>13:00</b>
	～	～	～	～
営業時間3	<b>17:00</b>	<b>17:00</b>	<b>17:00</b>	<b>17:00</b>
	～	～	～	～
営業時間4	：	：	：	：
	～	～	～	～
営業時間5	：	：	：	：
	～	～	～	～

	金曜日	土曜日	日曜日	祝日
営業 時間1	<b>10:00</b> ～ <b>13:00</b>	<b>10:00</b> ～ <b>13:00</b>	: ～ :	: ～ :
営業 時間2	<b>15:00</b> ～ <b>17:00</b>	: ～ :	: ～ :	: ～ :
営業 時間3	: ～ :	: ～ :	: ～ :	: ～ :
営業 時間4	: ～ :	: ～ :	: ～ :	: ～ :

②休業日 (①の営業曜日であっても週によつ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				<b>休</b>				
第4週								
第5週								

③特別な休業日

<b>12月31日</b>	<b>1月 1日</b>	<b>1月 2日</b>	<b>1月 3日</b>	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		<b>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。</b>		

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 <b>都営大江戸</b> 線 <b>都庁前</b> 駅	バス停 徒歩 <b>1</b> 分
	② <b>JR</b> 線 <b>新宿</b> 駅	バス停 徒歩 <b>10</b> 分

(2) 薬局の駐車場

専用駐車場の有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	有料・無料の別	<input type="checkbox"/> 有料 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無料
無	<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	<b>5</b> 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) 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 (ぎょう虫・しらみ駆除、疥癬 <sup>かいせん</sup> など)
	<input checked="" type="checkbox"/> 誤飲・誤食による中毒相談
	<input type="checkbox"/> その他 ( )

**コメント [東京都]:**  
 対応「可」の場合は、必ず内容欄の該当項目にもチェックを入れてください。

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 ( )

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

(2) 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

コメント [東京都2]:

外国語に対応が可能な場合、必ず「レベル及び事前連絡要否」の欄にも、該当の□にチェックを入れてください。

(3) 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

手話による服薬指導や相談が可能 ( 事前連絡必要、事前連絡不要 )  
手話以外での服薬指導や相談が可能 ( 事前連絡必要、事前連絡不要 )  
( 画面表示 文書 筆談 その他 )

②視覚障害者に対するサービス内容

薬袋への点字表示あり  
薬剤への点字表示あり  
点字による服薬指導や相談が可能 ( 事前連絡必要、事前連絡不要 )  
点字以外での服薬指導や相談が可能 ( 事前連絡必要、事前連絡不要 )

(4) 車いす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 checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
手すりの有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
身体障害者用トイレの有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
車いす利用者用駐車場の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
点状ブロックの有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
昇降機の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無

※ 車いすでの来局が可の場合は、個別項目の有無を記載すること。

(5) 受動喫煙を防止するための措置

全面禁煙 喫煙所設置 (分煙) 未実施

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
戦傷病者特別援護法に基づく指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
母子保健法に基づく指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無

**コメント [東京都3]:**  
 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。

**コメント [東京都4]:**  
 指定に係る申請中の場合には、「無」として報告のうえ、指定後に変更を報告(定期報告での変更で可)してください。

**コメント [東京都5]:**  
 結核医療の指定を意味します。

**コメント [東京都6]:**  
 平成22年3月現在、東京都内で指定を受けている薬局はありません。  
 ただ、この法律に基づく療養費払いは、保険薬局であれば取り扱うことができます。

**コメント [東京都7]:**  
 平成22年3月現在、東京都内で指定を受けている薬局はありません。

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
障害者自立支援法に基づく指定の有無（精神通院医療）	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
障害者自立支援法に基づく指定の有無（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

**コメント [東京都8]:**  
 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。

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	
その他（ ）	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	

コメント [東京都9]:

難病医療から義務教育就学児医療までの9項目については、東京都薬剤師会会員が属する薬局については、「有」となります。

(2) クレジットカードによる料金の支払の可否

クレジットカード使用の可否	処方せん調剤に関する支払	<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	VISA、JCB	

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により認定され、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。）の種類及び人数

種類	人数
<input checked="" type="checkbox"/> 研修認定薬剤師	<b>2</b> 人
<input type="checkbox"/> 漢方薬・生薬認定薬剤師	人
<input type="checkbox"/> その他（ ）	人
（ ）	人
（ ）	人

コメント [東京都10]:

「その他」の欄に、次のような資格等を記入いただいても表示できないので御了承ください。

- ① 学校薬剤師など、認定に該当しないもの
- ② 薬事に関する実務に該当しないもの（〇〇アドバイザー、指導員など）
- ③ 認定の団体が公益法人でない資格

(2) 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	<input type="checkbox"/> 可・ <input checked="" type="checkbox"/> 否
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

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	薬剤服用歴管理の実施の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
⑧	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

(3) 地域医療連携体制

①	医療連携の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
②	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	5人
------	----

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

(3) 情報開示の体制

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

(4) 症例を検討するための会議等の開催の有無

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

(5) 処方せんを応需した者（以下「患者」という。）の数

延べ患者数（実数）	32180人
-----------	--------

(6) 患者満足度の調査

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

(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 実績については、報告日が属する年の前年のものを、その他の事項については、報告日現在の情報を記入すること。

コメント [東京都11]:

「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 [東京都12]:

「延べ患者数」は、前年1年間(1月1日から12月31日まで。昨年開局の場合は、開局時から12月31日まで。)の処方せん応需枚数です。処方せん応需がない場合は、空欄とせずに「0」と記入してください。新規報告の際には「0」となります。