



連絡票

令和 年 月 日

【送信先】 九州厚生局〇〇事務所
〇〇、〇〇 宛

メールアドレス
FAX番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

【送信事項】 連絡先・出席者について

連絡先	薬局コード		
	保険薬局等の名称		
	電話番号		
	ど ち ら か 希 望 す る 方 を 記 入 す る	送付先電子メールアドレス	※ フリーメール(Gmail、Yahooメール、Outlookメールなど)の指定はご遠慮ください (アドレス所有者名)
		※記入誤りに注意	
		送付先FAX番号	
	連絡に係る担当者		
	緊急連絡先電話番号	(緊急連絡先担当者氏名)	

	職名	氏名
出席者氏名	管理薬剤師	

● 「職名」欄には、「開設者(代表者)」、「勤務薬剤師」、「請求事務担当者」等と記載してください。

※1 当課からの送付日に連絡の取れる電子メールアドレス(FAX希望の場合は、FAX番号)・電話番号に限り、送付日が閉局日にあたる場合は別途ご連絡ください。

緊急連絡先電話番号は、標榜時間外でも連絡が取れる連絡先を記載してください。

※2 管理薬剤師は必ずご出席ください。

出席は、保険薬局において必要と思われる必要最低限の人数をお願いいたします。

記入欄が足りない場合は、余白に記載してください。

また、出席者に変更が生じた場合は速やかにご連絡ください。

※3 「保険薬局の現況」等(別添2)につきましても、記載のうえ、本連絡票と併せてご送付ください。

【発信者】 保険薬局名

保険薬局の現況

- 1 保険薬局の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・＜様式1＞
- 2 保険薬剤師等の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・＜様式2＞
- 3 薬局の平面図（ビルの場合、各階の平面図）・・・・・・・・・・様式任意
- 4 薬局付近の見取り図（近所の薬局及び医療機関を含めて記入
されているもの）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 様式任意
- 5 調剤業務（患者の受付から帰るまでの薬局内における業務）
及び調剤報酬請求事務（調剤報酬明細書の作成から審査支払
機関に請求するまでの薬局内での事務）の手順についての
流れ図・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ <様式3>
- 6 後発医薬品調剤割合一覧・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ <様式4の(1)及び(2)>
- 7 保険薬局処方箋等調べ（該当するものに印（）を付けてください。）
 個別指導の場合・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ <様式5の(1)及び(2)>
 新規個別指導の場合・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ <様式5の(1),(2)及び(3)>
※ 適及指定を受けた保険薬局が新規個別指導を受ける場合は、様式5の(1)及び(2)を提出
してください。様式5の(3)の提出は不要です。
- 8 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績・・・・・・・・・・・・ <様式6>
- 9 かかりつけ薬剤師の実績・オンライン服薬指導の概況・・・・ <様式7>
- 10 医療情報システムの概況等・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ <様式8>
※ 「運用管理規程」及び電子カルテシステムの利用者毎に
制限されている「アクセス権限一覧表」も併せてご提出ください。
 電子薬歴システムの使用確認（該当するものに印（）を付けてください。）
 電子薬歴システムを使用している
 電子薬歴システムを使用していない
※ 「電子薬歴システムを使用していない」に印を付けた場合には、
<様式8>（「運用管理規程」及び「アクセス権限一覧表」を含む）の
提出は不要です。

（注）様式の電子媒体については、九州厚生局ホームページから入手可能です。

【九州厚生局ホームページ】

<https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/>

ホーム > 業務内容 > 主な業務別情報 > 保険医療機関・保険薬局 > 保険医療機関・保険薬局の方へ
> 8. 保険医療機関・保険薬局への指導等について > 個別指導の提出資料

1. 保険薬局の概要

(令和 年 月 日現在)

保険薬局コード						
名称						
所在地	〒 -					
電話番号	-	-	FAX番号	-	-	
メールアドレス						
開設者名 (法人名称)		代表者名 (法人の場合)		薬剤師資格	有・無	
管理薬剤師名		就任年月日	S・H・R	年	月 日	
開局時間	時 分 ~ 時 分 / 時 分 ~ 時 分 (月・火・水・木・金・土・日) 時 分 ~ 時 分 / 時 分 ~ 時 分 (月・火・水・木・金・土・日) 時 分 ~ 時 分 / 時 分 ~ 時 分 (月・火・水・木・金・土・日)					
休業日	日・祝日・毎週(,)曜日 年末年始: 月 日 ~ 月 日 夏季: 月 日 ~ 月 日					
月間処方箋 受付枚数 (※1)	社保		国保	後期	その他	計(A)
	本人	家族				
同上 調剤報酬 請求状況	調剤報酬明細書		枚	請求金額 円 (B)		
同上 1日平均 処方箋枚数等	1日平均処方箋枚数		枚	処方箋1枚当たり 平均額 (B/A) 円		
届出を行っている 施設基準						
その他	(保険薬局においてその他の事業を行っている場合のみ記載)					

※1: 指導日の前月 (間に合わない場合は、前々月でも可) 1カ月分が対象となります。

5. 調剤業務(患者の受付から帰るまでの薬局内における業務)及び調剤報酬請求事務(調剤報酬明細書の作成から審査支払機関に請求するまでの薬局内での事務)の手順についての流れ図

(1) 調剤業務の流れ図

※ 患者の受付から帰るまでの薬局内における業務の流れ図を記載してください。

(2) 調剤報酬請求事務の手順の流れ図

注：記入欄が足りない場合は、別紙（様式任意）に記載してください。

※ 上記項目が記載されているものであれば、既存の資料で差し支えありません。

6. 後発医薬品調剤割合一覧

※「後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的取扱い」、「令和6年度薬価改定を踏まえた診療報酬上の臨時的取扱い」及び「令和7年度薬価改定に伴う令和6年度薬価改定を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱い」を行わない場合の数値をご記入ください。なお、臨時的な取扱いを行う月が1月以上あれば、様式4(2)も併せて記載をしてください。

年 月	調剤した医薬品の規格単位数量			カットオフ値の割合 (②/①) (%)	新指標の割合 (③/②) (%)
	全医薬品の規格単位数量 (①)	後発医薬品あり先発医薬品及び 後発医薬品の規格単位数量 (②)	後発医薬品の規格単位数量 (③)		
令和 年 月	A	a	α		
年 月	B	b	β		
年 月	C	c	γ	$(a+b+c)/(A+B+C)$	$(α+β+γ)/(a+b+c)$
年 月	D	d	δ	$(b+c+d)/(B+C+D)$	$(β+γ+δ)/(b+c+d)$
年 月	E	e	ε	$(c+d+e)/(C+D+E)$	$(γ+δ+ε)/(c+d+e)$
年 月	F	f	ζ	$(d+e+f)/(D+E+F)$	$(δ+ε+ζ)/(d+e+f)$
年 月	G	g	η	$(e+f+g)/(E+F+G)$	$(ε+ζ+η)/(e+f+g)$
年 月	H	h	θ	$(f+g+h)/(F+G+H)$	$(ζ+η+θ)/(f+g+h)$
年 月	I	i	ι	$(g+h+i)/(G+H+I)$	$(η+θ+ι)/(g+h+i)$
年 月	J	j	κ	$(h+i+j)/(H+I+J)$	$(θ+ι+κ)/(h+i+j)$
年 月	K	k	λ	$(i+j+k)/(I+J+K)$	$(ι+κ+λ)/(i+j+k)$
年 月	L	l	μ	$(j+k+l)/(J+K+L)$	$(κ+λ+μ)/(j+k+l)$
年 月	M	m	ν	$(k+l+m)/(K+L+M)$	$(λ+μ+ν)/(k+l+m)$
年 月	N	n	ξ	$(l+m+n)/(L+M+N)$	$(μ+ν+ξ)/(l+m+n)$

- 注1 指導前月(間に合わない場合は、前々月でも可)より過去1年間における後発医薬品の調剤割合に係るデータについて記載してください。
- 注2 規格単位数量とは、使用薬剤の薬価(薬価基準)別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいいます。
- 注3 後発医薬品の規格単位数量の割合を計算するに当たっては、「新指標の割合の算出に当たって対象となる後発医薬品」等について(令和8年3月5日保医発0305第12号及び同日以降に発出された同種通知)を参照してください。

7. 保険薬局処方箋等調べ (指導前年の5月から本年4月まで(※注3))

年 月	処方箋 受付回数	取扱処方箋受付枚数					1日平均取扱 処方箋枚数
		総 計	眼 科	耳鼻咽喉科	歯 科	その他	
年 5月							
6月							
7月							
8月							
9月							
10月							
11月							
12月							
年 1月							
2月							
3月							
4月							
合計							
平均							

注1 1日平均取扱処方箋枚数 =
$$\frac{(\text{眼科} + \text{耳鼻咽喉科} + \text{歯科}) \times 2 / 3 + \text{その他}}{\text{実営業日数}}$$

◎処方箋発行保険医療機関等の状況 (上位5機関)

保険医療機関等の名称		
1	全体の	%
2	全体の	%
3	全体の	%
4	全体の	%
5	全体の	%

注2 指導が1月から5月に行われる場合には、指導前々年5月から前年4月までで作成してください。

注3 新規個別指導(遡及指定を受けた保険薬局を除く)の場合は、指定日の翌月から本年4月までで作成してください。

注4 遡及指定を受けた保険薬局が新規個別指導を受ける場合は、指導前年の5月から本年4月まで(指導が1月から5月に行われる場合には、指導前々年5月から前年4月まで)で作成してください。

注5 処方箋の受付回数の計算に当たり、受付回数に数えない処方箋は以下のとおりとなりますので、ご注意ください。

ア 「区分番号01」の「注4」の時間外加算、休日加算若しくは深夜加算又は「注5」の夜間・休日等加算を算定した処方箋

イ 「区分番号15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料、「区分番号15の2」の在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は「区分番号15の3」の在宅患者緊急時等共同指導料の基となる調剤に係る処方箋

ウ 介護保険法に基づく指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成12年厚生省告示第19号)別表の「5」の居宅療養管理指導費のハの(2)又は指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示第127号)別表の「4」の介護予防居宅療養管理指導費のハの(2)の基となる調剤に係る処方箋

7. 保険薬局処方箋等調べ (本年5月から指導前月(※注3)まで)

年 月	処方箋 受付回数	取扱処方箋受付枚数					1日平均取扱 処方箋枚数
		総 計	眼 科	耳鼻咽喉科	歯 科	その他	
年 5月							
6月							
7月							
8月							
9月							
10月							
11月							
12月							
年 1月							
2月							
3月							
4月							
合計							
平均							

注1 1日平均取扱処方箋枚数 =
$$\frac{(\text{眼科} + \text{耳鼻咽喉科} + \text{歯科}) \times 2 / 3 + \text{その他}}{\text{実営業日数}}$$

◎処方箋発行保険医療機関等の状況(上位5機関)

保険医療機関等の名称		
1	全体の	%
2	全体の	%
3	全体の	%
4	全体の	%
5	全体の	%

注2 指導が1月から5月に行われる場合には、指導前年5月から指導前月(※注3)までで作成してください。

注3 間に合わない場合は、前々月でも可。

注4 処方箋の受付回数の計算に当たり、受付回数に数えない処方箋は以下のとおりとなりますので、ご注意ください。

ア 「区分番号01」の「注4」の時間外加算、休日加算若しくは深夜加算又は「注5」の夜間・休日等加算を算定した処方箋

イ 「区分番号15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料、「区分番号15の2」の在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は「区分番号15の3」の在宅患者緊急時等共同指導料の基となる調剤に係る処方箋

ウ 介護保険法に基づく指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成12年厚生省告示第19号)別表の「5」の居宅療養管理指導費のハの(2)又は指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示第127号)別表の「4」の介護予防居宅療養管理指導費のハの(2)の基となる調剤に係る処方箋

<様式5の(3)>

7. 保険薬局処方箋等調べ (※新規個別指導(遡及指定を受けた保険薬局を除く)の場合のみ)

年 月	処方箋 受付回数	取扱処方箋受付枚数					1日平均取扱 処方箋枚数
		総 計	眼 科	耳鼻咽喉科	歯 科	その他	
年 月							
月							
月							
合計							
平均							

注1 1日平均取扱処方箋枚数 =
$$\frac{(\text{眼科} + \text{耳鼻咽喉科} + \text{歯科}) \times 2 / 3 + \text{その他}}{\text{実営業日数}}$$

◎処方箋発行保険医療機関等の状況(上位5機関)

保険医療機関等の名称		
1	全体の	%
2	全体の	%
3	全体の	%
4	全体の	%
5	全体の	%

注2 遡及指定を受けた保険薬局が新規個別指導を受ける場合は、この様式は不要です。

注3 指定日の翌月から3か月間で作成してください。

注4 処方箋の受付回数の計算に当たり、受付回数に数えない処方箋は以下のとおりとなりますので、ご注意ください。

ア 「区分番号01」の「注4」の時間外加算、休日加算若しくは深夜加算又は「注5」の夜間・休日等加算を算定した処方箋

イ 「区分番号15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料、「区分番号15の2」の在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は「区分番号15の3」の在宅患者緊急時等共同指導料の基となる調剤に係る処方箋

ウ 介護保険法に基づく指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成12年厚生省告示第19号)別表の「5」の居宅療養管理指導費のハの(2)又は指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示第127号)別表の「4」の介護予防居宅療養管理指導費のハの(2)の基となる調剤に係る処方箋

8. 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績

年 月	在宅患者訪問薬剤 管理指導料	居宅療養 管理指導費	介護予防居宅療養 管理指導費
	算定回数／実施患者数	算定回数／実施患者数	算定回数／実施患者数
年 5月			
6月			
7月			
8月			
9月			
10月			
11月			
12月			
年 1月			
2月			
3月			
4月			
合計			

注 前年5月1日から当年4月末日までの実績について記載してください。指導が1月から5月に行われる場合には、指導前々年5月から前年4月までの実績について記載してください。

10. 医療情報システムの概況等（薬局）

<様式 8 >

保険薬局コード： _____

保険薬局の名称： _____

保険薬局の電話番号： _____

※「運用管理規程」及び「アクセス権限一覧表」を添付してください。

※[いる いない]等該当するものに印：✓又は■を付け、()には具体的な取扱状況を記載してください。

システムの名称 (ソフト名)			
システム会社名			
システム管理者	<input type="checkbox"/> 職名 () 氏名 ()	<input type="checkbox"/> 指名していない	
監査責任者	<input type="checkbox"/> 職名 () 氏名 ()	<input type="checkbox"/> 指名していない	

1. 運用管理規程等

①電子保存に関する運用管理規程について

運用管理規程	<input type="checkbox"/> あり (平成・令和 年 月 日制定)	<input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 直近の改訂時期	<input type="checkbox"/> 平成・令和 年 月 日改訂 改訂の概要：	
<input type="checkbox"/> ガイドラインへの対応状況	<input type="checkbox"/> 第 版に対応	<input type="checkbox"/> 未対応
運用マニュアル	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
操作訓練	<input type="checkbox"/> 定期的を実施している 直近：平成・令和 年 月 日実施	<input type="checkbox"/> 実施していない

②個人情報保護に関する方針

個人情報保護に関する方針	<input type="checkbox"/> 公開している	<input type="checkbox"/> 公開していない
定期又は不定期なシステムの取扱い及びプライバシー保護やセキュリティ意識向上に関する職員研修	<input type="checkbox"/> 実施している 直近：平成・令和 年 月 日実施 対象者：	<input type="checkbox"/> 実施していない

③技術的安全対策

アクセス権限の設定	<input type="checkbox"/> 設定している	<input type="checkbox"/> 設定していない		
代行入力に係る規定	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
長時間離席時の対策	<input type="checkbox"/> あり (分)	<input type="checkbox"/> なし		
<input type="checkbox"/> ありの場合：対策の方法	<input type="checkbox"/> 自動ログオフ	<input type="checkbox"/> スクリーンセーバー	<input type="checkbox"/> その他 ()	
アクセスログ	<input type="checkbox"/> 記録される		<input type="checkbox"/> 記録されない	
<input type="checkbox"/> 記録される情報について	<input type="checkbox"/> ログイン時刻	<input type="checkbox"/> アクセス時間	<input type="checkbox"/> 操作した医療情報	
利用する時刻情報	<input type="checkbox"/> 薬局内部で同期されている	<input type="checkbox"/> 標準時刻と定期的に一致	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> いずれもなし
不正なソフトウェアへの対策	<input type="checkbox"/> 実施している		<input type="checkbox"/> 実施していない	
利用者IDの付与	<input type="checkbox"/> あり (計 人 令和 年 月 日現在)			<input type="checkbox"/> なし
利用者IDやパスワードの使用	<input type="checkbox"/> 本人のみ		<input type="checkbox"/> 他人も利用できる	

異動者、退職者IDの取扱い	<input type="checkbox"/> 異動者、退職者IDは使用不可		<input type="checkbox"/> 異動者、退職者IDは使用可	
└ 使用不可の場合：具体的方法	<input type="checkbox"/> IDを削除	<input type="checkbox"/> IDを凍結	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
現在のシステムの 利用者認証について	<input type="checkbox"/> 二要素以上の認証あり →認証方法：複数選択可 <input type="checkbox"/> ID・パスワード <input type="checkbox"/> ICカード <input type="checkbox"/> 生体認証 <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> 二要素以上の認証なし →認証方法 <input type="checkbox"/> ID・パスワード <input type="checkbox"/> ICカード <input type="checkbox"/> 生体認証 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
└ 二要素以上の認証なしの場合： 二要素以上の認証に相応する対策	<input type="checkbox"/> あり 対策（ ）		<input type="checkbox"/> なし	
└ 二要素以上の認証でICカード や生体認証等を利用する場合 ：PINの設定	<input type="checkbox"/> PINを設定し認証時に常に求めている		<input type="checkbox"/> PINを設定していない	
パスワードの設定	<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし	
└ ありの場合：パスワードの 最低文字数	<input type="checkbox"/> 13文字以上	<input type="checkbox"/> 8～12文字	<input type="checkbox"/> 8文字未満	
└ ありの場合：有効期限の有無	<input type="checkbox"/> あり→有効期間（ ）か月		<input type="checkbox"/> なし	
令和9年度時点でのシステムの 稼働の予定	<input type="checkbox"/> 稼働の予定がある (現在のシステムを更新して稼働 する場合も含む。)		<input type="checkbox"/> 稼働の予定は ない	<input type="checkbox"/> 未定
└ 稼働の予定がある場合： 令和9年度時点で稼働の予定が あるシステムの認証について	<input type="checkbox"/> 二要素以上の認証あり →認証方法：複数選択可 <input type="checkbox"/> ID・パスワード <input type="checkbox"/> ICカード <input type="checkbox"/> 生体認証 <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> 二要素以上の認証なし →認証方法 <input type="checkbox"/> ID・パスワード <input type="checkbox"/> ICカード <input type="checkbox"/> 生体認証 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
└ 二要素以上の認証なしの 場合：二要素以上の認証に 相応する対策	<input type="checkbox"/> あり 対策（ ）		<input type="checkbox"/> なし	
薬局におけるサイバーセキュリ ティ対策状況のチェック	<input type="checkbox"/> 実施している 実施方法 <input type="checkbox"/> 「薬局におけるサイバーセキュリティ 対策チェックリスト」 (医政局研究開発振興課策定)を活用 <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> 実施していない	

④情報の破棄

情報種別ごとの破棄の手順	<input type="checkbox"/> 定めている		<input type="checkbox"/> 定めていない	
└ 定めている場合（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 破棄を行う条件	<input type="checkbox"/> 破棄可能な 従業者	<input type="checkbox"/> 具体的な破棄の方法	
不要になった個人情報を含む媒体の 破棄について	<input type="checkbox"/> 運用管理規程で 規定	<input type="checkbox"/> その他で規定 ()		<input type="checkbox"/> 規定なし

⑤情報及び情報機器の持ち出しについて

情報及び情報機器の院外持ち出し	<input type="checkbox"/> 禁止している		<input type="checkbox"/> 持ち出しできる	
情報及び情報機器の持ち出しに 関する方針	<input type="checkbox"/> 運用管理規程 で定めている	<input type="checkbox"/> その他で定めている ()		<input type="checkbox"/> 定めていない
情報を格納した可搬媒体又は情報 機器の盗難、紛失時の対応	<input type="checkbox"/> 運用管理規程 で定めている	<input type="checkbox"/> その他で定めている ()		<input type="checkbox"/> 定めていない
└ 定めている場合	<input type="checkbox"/> 従業者へ教育を実施している →直近：平成・令和 年 月 日実施		<input type="checkbox"/> 従業者へ教育を実施 していない	

⑥災害、サイバー攻撃等の非常時の対応

非常時の判断基準	<input type="checkbox"/> 運用管理規程 で定めている	<input type="checkbox"/> その他で定めている ()		<input type="checkbox"/> 定めていない
----------	---	---	--	---------------------------------

非常時の判断の手順	<input type="checkbox"/> 運用管理規程で定めている	<input type="checkbox"/> その他で定めている ()	<input type="checkbox"/> 定めていない
非常時の判断者	<input type="checkbox"/> 定めている→判断者の氏名・役職 ()		<input type="checkbox"/> 定めていない
正常復帰時の手順	<input type="checkbox"/> 運用管理規程で定めている	<input type="checkbox"/> その他で定めている ()	<input type="checkbox"/> 定めていない

⑦法令で定められた記名・押印を電子署名で行うことについて

電子署名について	<input type="checkbox"/> 実施している	<input type="checkbox"/> 実施していない	
└ 実施している場合	<input type="checkbox"/> 保健医療福祉分野PKI 認証局の発行する 電子証明書	<input type="checkbox"/> 認定特定認証事 業者の発行する 電子証明書	<input type="checkbox"/> その他
電子署名を含む文書全体にタイム スタンプを付与	<input type="checkbox"/> 付与している		<input type="checkbox"/> 付与していない

2. 法的に保存義務のある文書等の電子保存の要件

(1) 真正性

電子薬歴による記録の作成			
入力する情報ごとに権限管理が 定められているか	<input type="checkbox"/> 運用管理規程で 定めている	<input type="checkbox"/> その他で定めて いる	<input type="checkbox"/> 定めていない
記録の確定操作	<input type="checkbox"/> 作成者に限定	<input type="checkbox"/> その他でも可 →識別情報の記録： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
確定された記録について	<input type="checkbox"/> 書換えできる	<input type="checkbox"/> 書換えできない	
	<input type="checkbox"/> 消去できる	<input type="checkbox"/> 消去できない	
確定者が確定操作できない場合	<input type="checkbox"/> 確定の責任の所在が明確 →規定している規程 ()		<input type="checkbox"/> 確定の責任の 所在が不明
更新履歴について			
更新履歴の保存	<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし
更新前と更新後の内容を照合	<input type="checkbox"/> できる		<input type="checkbox"/> できない
代行入力			
どの業務に認めるか	<input type="checkbox"/> 運用管理規程で 定めている	<input type="checkbox"/> その他で定めている ()	<input type="checkbox"/> 定めて いない
誰が誰を代行入力してよいか	<input type="checkbox"/> 運用管理規程で 定めている	<input type="checkbox"/> その他で定めている ()	<input type="checkbox"/> 定めて いない
代行入力の管理情報	<input type="checkbox"/> 代行入力の都度記録する		<input type="checkbox"/> その他 ()
代行入力により記録された薬歴等 に対する承認	<input type="checkbox"/> 速やかに行うよう定めている		<input type="checkbox"/> 特に定めていない

●ネットワークを通じて薬局の外部に保存する場合は以下2つも記載すること。

通信の相手が正当であるか	<input type="checkbox"/> 相互認証を実施している	<input type="checkbox"/> 相互認証は実施していない
転送途中で改ざんされていないこ との保証機能	<input type="checkbox"/> 運用管理規程で定めている →保証機能について具体的に：	<input type="checkbox"/> 定めていない

(2) 見読性

患者ごとの情報の所在の管理	<input type="checkbox"/> 紙管理も含め各種媒体に分散管理 された情報も管理されている	<input type="checkbox"/> 紙管理された情報のみ管理され ている
	<input type="checkbox"/> 電子媒体の情報のみ管理されて いる	<input type="checkbox"/> 管理されていない

見読化手段の管理	<input type="checkbox"/> 電子媒体に保存された全ての情報とそれらの見読化手段を対応付けて管理	<input type="checkbox"/> 電子媒体に保存された全ての情報とそれらの見読化手段を対応付けていない	
システム障害時	<input type="checkbox"/> システムの冗長化	<input type="checkbox"/> 代替的な見読化手段	<input type="checkbox"/> いずれもない
バックアップサーバ	<input type="checkbox"/> あり（設置場所等： _____）		<input type="checkbox"/> なし

（３）保存性

●薬局に保存する場合

不適切なソフトウェアへの対策	<input type="checkbox"/> 運用管理規程で定めている	<input type="checkbox"/> 運用管理規程で定めていない	
記録媒体及び記録機器の保管	<input type="checkbox"/> 運用管理規程で定めている	<input type="checkbox"/> 運用管理規程で定めていない	
└ 定めている場合	<input type="checkbox"/> 教育を実施している	<input type="checkbox"/> 教育を実施していない	
	<input type="checkbox"/> 作業履歴あり	<input type="checkbox"/> 作業履歴なし	
記録媒体及び記録機器の取扱い	<input type="checkbox"/> 運用管理規程で定めている	<input type="checkbox"/> 運用管理規程で定めていない	
└ 定めている場合	<input type="checkbox"/> 教育を実施している	<input type="checkbox"/> 教育を実施していない	
	<input type="checkbox"/> 作業履歴あり	<input type="checkbox"/> 作業履歴なし	
システムが情報を保存する場所	<input type="checkbox"/> 内部	<input type="checkbox"/> 可搬媒体	
運用管理規程で保存場所ごとに明確にしている事項（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 保存可能容量	<input type="checkbox"/> 保存期間	<input type="checkbox"/> バックアップ方法
	<input type="checkbox"/> レスポンス	<input type="checkbox"/> バックアップ頻度	<input type="checkbox"/> リスク
記録媒体の劣化による読み取り不能を防止	<input type="checkbox"/> 運用について運用管理規程で定めている	<input type="checkbox"/> 運用について運用管理規程で定めていない	

●ネットワークを通じて薬局の外部に保存する場合

回線や設備が劣化した際の対策	<input type="checkbox"/> 運用管理規程で定めている	<input type="checkbox"/> 運用管理規程で定めていない			
データのバックアップ	<input type="checkbox"/> HDD	<input type="checkbox"/> MO	<input type="checkbox"/> DVD	<input type="checkbox"/> 磁気テープ (MT・LTO)	<input type="checkbox"/> その他 ()
└ バックアップデータの保存場所	<input type="checkbox"/> サーバ室	<input type="checkbox"/> その他薬局内 ()		<input type="checkbox"/> 外部 ()	
└ 薬歴データの保存期間	具体的に ()				

3. 調剤情報等の保存媒体

	原本の保存媒体	
	電子媒体	紙媒体
①薬担規則第6条に規定する処方箋	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②薬担規則第6条に規定する調剤録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③薬剤服用歴の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>