

1. 保険薬局の概要

(令和 年 月 日現在)

名称				
所在地				
電話				
FAX				
メールアドレス				
開設者名				
	開設者が法人の場合の代表者	(代表者名)	薬剤師資格	有・無
管理 薬剤師名			(就任年月日) 年 月 日	
開局時間	時 分 ~ 時 分 / 時 分 ~ 時 分 (日・月・火・水・木・金・土)			
	時 分 ~ 時 分 / 時 分 ~ 時 分 (日・月・火・水・木・金・土)			
	時 分 ~ 時 分 / 時 分 ~ 時 分 (日・月・火・水・木・金・土)			
休業日	日・祝日・毎週 ( ) 曜日			
	年末年始： 月 日 夏季： 月 日			
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)			



6. 後発医薬品調剤割合一覧

期間	全医薬品の規格単位数 (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 (②)	後発医薬品の規格単位数 (③)	カットオフ値の割合 (②/①) (%)	新指標の割合 (③/②) (%)
年 月	A	a	α		
年 月	B	b	β		
年 月	C	c	γ	$(a+b+c)/(A+B+C)$	$(\alpha+\beta+\gamma)/(a+b+c)$
年 月	D	d	δ	$(b+c+d)/(B+C+D)$	$(\beta+\gamma+\delta)/(b+c+d)$
年 月	E	e	ε	$(c+d+e)/(C+D+E)$	$(\gamma+\delta+\epsilon)/(c+d+e)$
年 月	F	f	ζ	$(d+e+f)/(D+E+F)$	$(\delta+\epsilon+\zeta)/(d+e+f)$
年 月	G	g	η	$(e+f+g)/(E+F+G)$	$(\epsilon+\zeta+\eta)/(e+f+g)$
年 月	H	h	θ	$(f+g+h)/(F+G+H)$	$(\zeta+\eta+\theta)/(f+g+h)$
年 月	I	i	ι	$(g+h+i)/(G+H+I)$	$(\eta+\theta+\iota)/(g+h+i)$
年 月	J	j	κ	$(h+i+j)/(H+I+J)$	$(\theta+\iota+\kappa)/(h+i+j)$
年 月	K	k	λ	$(i+j+k)/(I+J+K)$	$(\iota+\kappa+\lambda)/(i+j+k)$
年 月	L	l	μ	$(j+k+l)/(J+K+L)$	$(\kappa+\lambda+\mu)/(j+k+l)$
年 月	M	m	ν	$(k+l+m)/(K+L+M)$	$(\lambda+\mu+\nu)/(k+l+m)$

- 注1 指導前月より過去1年間における後発医薬品調剤体制加算の算定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う。  
 注3 後発医薬品の規格単位数の割合を計算するに当たっては、「「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」（令和6年3月5日保医発0305第2号及び同日以降に発出された同種通知）を参照すること。

7. 保険薬局処方箋等調べ

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 = 
$$\frac{(\text{眼科} + \text{耳鼻咽喉科} + \text{歯科}) \times 2 / 3 + \text{その他}}{\text{実営業日数}}$$

- 2 この表は、指導前年の5月から本年4月までと、指導実施月の4か月前から指導前月までを別葉で作成してください。  
 ただし、指導実施月が1～5月の場合は、指導前々年5月から指導前年4月までと、指導実施月の4か月前から指導前月までを別葉で作成してください。

◎処方箋発行保険医療機関の状況（上位5機関）

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

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 月			
月			
月			
月			
月			
月			
月			
月			
月			
月			
月			
直近一年間 の合計			

注 直近1年間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7＞

※1 様式7については、電子薬歴システムを導入していない場合でも、該当する事項を記載してください。

- 注1 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第6.0版 令和5年5月 厚生労働省 参照  
 注2 調剤録の保存については、薬局開設者の責任とされている。  
 注3 調剤録を外部保存する場合には当該薬局と他の薬局の調剤録と明確に区分し、薬局ごとに個別に管理する。  
 注4 紙の調剤済み処方箋の電子化は当該処方箋に記名押印又は署名を行い調剤済みとしたものである。  
 注5 紙の処方箋を薬局で受け取った場合、調剤済みとなるまでは、電子化したものを原本としてはならない。

※2 [ あり なし ]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。

※3 以下を添付してください。

- ・システム構成図（ネットワーク＋ハード設置状況）
- ・運用概念図（処方箋受付から会計までの患者の流れに即したシステムフロー）
- ・運用管理規程及びシステム障害対応マニュアル

### 対象システム及び管理体制等

システムの名称／ソフト名・製造販売業者等		
運用責任者 (氏名・役職名)		
個人情報保護責任者 (氏名・役職名)		
システム管理者 (氏名・役職名)		
その他の管理者等 (氏名・役職名)		
患者及びシステム利用者からの苦情・質問受付窓口を設置している。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
緊急時あるいは災害時の連絡手段等を規定している。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
各種規程書／指示書／取扱説明書／運用マニュアル等を整備している。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
(文書名)		
システム利用者に対し情報システムの取扱及びプライバシー保護に関する教育／訓練／研修を行っている。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
管理者は利用者の登録を管理しそのアクセス権限を規定している。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

## 運用及び管理等

### 1. 一般管理における運用・管理

保管、バックアップ作業の記録を残している。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
個人情報を含む媒体の廃棄の作業前後にシステム管理者が確認し結果を記録に残している。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
リスク発生時の連絡網、対応、代替手段等を規定している。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
情報及び情報機器の持ち出しに関する方針等を定めている。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
情報及び情報機器の盗難、紛失時の対応を定めている。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
情報及び情報機器の盗難、紛失時の対応に従業者等に周知している。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
外部の機関と医療情報を交換する場合の運用を規定している。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
外部からのアクセスを許容する場合の運用を規定している。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
災害やサイバー攻撃等の運用を規定している。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

### 2. 電子保存における運用・管理

#### (1) 真正性確保

入力情報の確定者を明記している。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
システム（ソフトウェア）の動作確認を定期的に行っている。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

#### (2) 見読性確保

情報機器・媒体のリストを作成している。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
情報機器・媒体の物理的所在場所の確認を定期的に行っている。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
システム障害時の対応を定めている。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

#### (3) 保存性確保

記録媒体の保存場所及びその環境を定期的に確認している。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
情報の滅失、破壊の防止策を定めている。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
記録媒体や設備の劣化の防止策を定めている。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
システム（機器・媒体・ソフトウェア等）の変更や移行時の業務計画を作成している。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

#### (4) 相互運用性確保

システムの改修・更新時（機器やソフトウェアの変更時）に情報が継続的に使用できる。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
--	-----------------------------	-----------------------------

#### (5) スキャナ読み取り

スキャナ読み取りの対象文書を定めている。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
スキャナ読み取りに係る運用を定めている。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

### 3. 外部保存における運用・管理

#### (1) 管理体制

委託する機関に対する保管記録を確認し、確認記録を残している。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
委託する機関との間で不都合な事態が生じた場合／契約終了時の対応を定めている。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

#### (2) 真正性確保

相互認証機能を採用している。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
改ざんされていないことを確認している。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

#### (3) 見読性確保

委託する機関において情報機器・媒体のリストを作成していることを確認している。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
委託する機関において情報機器・媒体の物理的所在場所の確認を定期的に行っていることを確認している。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
委託する機関においてシステム障害時の対応を定めていることを確認している。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

#### (4) 保存性確保

委託する機関において記録媒体の保存場所及びその環境を定期的に確認していることを確認している。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
委託する機関において情報の滅失、破壊の防止策を定めていることを確認している。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
委託する機関において記録媒体や設備の劣化の防止策を定めていることを確認している。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
委託する機関においてシステム（機器・媒体・ソフトウェア等）の変更や移行時の業務計画を作成していることを確認している。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

(5) 個人情報保護

個人情報を電気通信回線で伝送する間の暗号化等を行っている。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
委託する機関とにおける守秘義務、アクセス制限を確認している。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

(6) 患者への説明

外部保存を行っていることの患者への周知を行っている。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

4. 調剤情報等の保存媒体・アクセス権限等

	保存媒体 (該当するもの全てに☑ を付けてください)		電磁的記録へのアクセス権 無制限=◎ 一部のみ入力可=○ 閲覧のみ=△ アクセス不可=× (該当する印を付けてください。)				
	電子媒体	紙媒体	開設者	管理薬剤師	薬剤師	事務職員	委託業者職員
(1) 薬担規則第6条に 規定する処方箋	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/> 外部保存	<input type="checkbox"/> 外部保存					
(2) 薬担規則第6条に 規定する調剤録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/> 外部保存	<input type="checkbox"/> 外部保存					
(3) 薬剤服用歴の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/> 外部保存	<input type="checkbox"/> 外部保存					

保険薬局名 [

]

# 出席者名簿

	出席者氏名	役職名	職種 ・ 担当業務等
1	フリガナ	開設者 ・ 開設者代理 ( )	
2	フリガナ	管理者	
3	フリガナ		
4	フリガナ		

## 《 注意事項 》

- 本名簿には、出席される方のみ御記入ください。
- 開設者代理については、役職を具体的に記載してください。  
※ 開設者の代理の方が出席される場合は、委任状をご提出ください。  
(開設者代理は管理者が兼ねても構いません。)