

都道府県名

薬局コード	(※レセプトに記載する 7 桁の数字を記入すること。)				形態	☐ 個人立 ☐ 法人立
薬局が所在する市町村	☐ 特別区 ☐ 政令指定都市 ☐ 中核市 ☐ 医療資源が少ない地域 ☐ その他				市町村コード	別シートの表を参考すること
保険薬局名					半径500m以内に他の保険薬局がある	☐ 該当 ☐ 非該当
指定年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 ※全ての保険薬局が和暦で記入。 ※記載の薬局コードを初めて取得した年月日を記入(指定更新後の指定年月日でない)。 年 月 日					
改築年月日 増築年月日	増築 ☐ 改築 ☐ ※令和8年6月1日以降に改築又は増築した保険薬局が和暦で記入。 令 年 月 日				調剤室面積	m ²
適及指定※が認められた保険薬局への該当					☐ 該当 (適及指定が認められた) ☐ 非該当	
開局時間 ※閉局日について(は ☐ にチェックを入れること。)	日曜日 ☐ 閉局日	開局時間	時	分	～ 閉局時間	時 分
	月曜日 ☐ 閉局日	開局時間	時	分	～ 閉局時間	時 分
	火曜日 ☐ 閉局日	開局時間	時	分	～ 閉局時間	時 分
	水曜日 ☐ 閉局日	開局時間	時	分	～ 閉局時間	時 分
	木曜日 ☐ 閉局日	開局時間	時	分	～ 閉局時間	時 分
	金曜日 ☐ 閉局日	開局時間	時	分	～ 閉局時間	時 分
	土曜日 ☐ 閉局日	開局時間	時	分	～ 閉局時間	時 分
	祝日 ☐ 閉局日	開局時間	時	分	～ 閉局時間	時 分
輪番の日	開局時間	時	分	～ 閉局時間	時 分	
ベースアップ評価料に係る届出	☐ 届出している ☐ 届出していない				常勤換算後のベースアップ評価料の対象者数 (店舗販売業の従事者を含む) (全ての保険薬局が回答)	人
保険薬剤師数	・実人員 (常勤＋非常勤) 人				・常勤換算数(常勤人数と非常勤の常勤換算した人数の合計(小数点以下第2位四捨五入))	人
事務職員数	・実人員 (常勤＋非常勤) 人				・常勤換算数(常勤人数と非常勤の常勤換算した人数の合計(小数点以下第2位四捨五入))	人

1. 調剤基本料(全ての保険薬局が全ての項目に回答)						
☐ 調剤基本料1	☐ 調剤基本料2	☐ 調剤基本料3ーイ	☐ 調剤基本料3ーロ	☐ 調剤基本料3ーハ	☐ 特別調剤基本料A	☐ 特別調剤基本料B
① 処方箋受付回数 前年5月から本年4月末までの処方箋受付回数の合計を記入すること。 (※前年5月1日から当年3月末までに新規指定された保険薬局の場合は指定された日の属する月の翌月から、当年4月末までに受け付けた処方箋回数の合計を記入すること。)			ア 1年間の処方箋受付回数の合計 (※前年5月1日から当年3月末までに新規指定された保険薬局の場合は指定された日の属する月の翌月から、当年4月末までに受け付けた処方箋回数の合計を記入) イ 前年5月1日から当年3月末までに新規指定された保険薬局の場合は指定された日の属する月の翌月を記入すること。 (※前年4月末までに指定された場合及び適及指定が認められた場合は記入不要)		回 (整数で記入) 上記受付回数算出期間 令和 年 月 1 日 ～ 令和8年4月30日(月 日間)	
② 保険医療機関に係る処方箋集中率 (小数点以下第2位を切り上げて計算し、小数点第1位まで記入すること)			処方箋受付回数が第1位の保険医療機関に係る集中率 ☐ 病院(200床以上) ☐ 診療所又は病院(200床未満) ☐ 複数保険医療機関(モール内・ビル内内の全ての医療機関を一の医療機関とみなして計算すること)		%	
			処方箋受付回数が第2位の保険医療機関に係る集中率 ☐ 病院(200床以上) ☐ 診療所又は病院(200床未満) ☐ 複数保険医療機関(モール内・ビル内内の全ての医療機関を一の医療機関とみなして計算すること)		%	
			処方箋受付回数が第3位の保険医療機関に係る集中率 ☐ 病院(200床以上) ☐ 診療所又は病院(200床未満) ☐ 複数保険医療機関(モール内・ビル内内の全ての医療機関を一の医療機関とみなして計算すること)		%	
③ 所属するグループの有無			☐ あり ☐ なし			
(※③を「あり」と記入した場合に記入)	ア 所属するグループ名(※所属するグループがある全ての保険薬局が回答すること)		※同一グループで同じ名称を記載すること			
	イ グループ内の1月あたりの処方箋受付回数の合計		回			
	ウ 同一グループ内の主たる保険医療機関を同じくする他の保険薬局の有無及び自局と該当する他の保険薬局の処方箋受付回数の合計(1月あたり)		該当薬局あり ☐	処方箋受付 合計回数 (整数で記入、小数点以下第1位四捨五入)	回(1月あたり)	該当薬局なし ☐
④ 特定の保険医療機関との特別な関係の有無 (※調剤基本料の位置づけによらず、全ての保険薬局が実態どおりに回答)			☐ あり ☐ なし			
(※④を「あり」と記入した場合に記入)	・ 賃貸借取引等がある保険医療機関の種類		☐ 診療所 ☐ 病院 ☐ 医療モールまたは医療ビル			
	・ 賃貸借取引等がある保険医療機関の名称 (モールやビレッジの場合はモール名など総称を記入)					
	・ 賃貸借取引等がある保険医療機関に係る処方箋集中率 (モールやビレッジの場合は、特別な関係にある保険医療機関の処方箋を全て合算すること)		%			
	・ 特定の保険医療機関と特別な関係に新たに該当することになった時期について該当するものにチェック		平成28年9月30日以前 ☐ 該当	平成28年10月1日から平成30年3月31日の間 ☐ 該当	平成30年4月1日から令和8年3月4日の間 ☐ 該当	令和8年3月5日以降 ☐ 該当
⑤ 保険薬局の敷地内のオンライン診療受診施設の有無			☐ あり ☐ なし 医療法第 30条の4第1項に規定する医療計画におけるへき地に所在する保険薬局に該当 ☐ 該当 ☐ 非該当			
⑥ 調剤基本料の注4の減算への該当性 (※全ての保険薬局が回答)						
(※ア及びイは前年の報告実績に基づき記入。前年4月2日以降の開局のため、前年の報告実績がない薬局は、ア=「非該当」、イ=「報告していない」を選択。) (※ウは前年5月1日から本年4月末までの実績に基づき記入。ただし、処方箋の受付回数が1月平均600回以下の場合は、「非該当」を選択。「かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料」に関する設問ではないので留意すること。)						
ア 妥結率が5割以下の保険薬局への該当			☐ 該当 (妥結率が5割以下) ☐ 非該当			
イ 妥結率等の報告の有無			☐ 報告していない ☐ 報告している			
ウ 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない保険薬局への該当 (全ての保険薬局が回答)			☐ 該当 (実施していない) ☐ 非該当			
⑦ 門前薬局等立地依存減算 (全ての保険薬局が全ての項目に回答)			☐ 200床以上の病院前門前に該当	☐ 3つ以上の密集する薬局に該当	☐ 医療モール内に該当	☐ 非該当
ア 200床以上の保険医療機関の敷地境界線からの水平距離が100m以内の区域内に存在する他の保険薬局数(自局は含めない)			イ 自局の周囲50mの区域内にある他の保険薬局数(自局は含めない)		ウ 自局の周囲50mの区域内にある他の保険薬局について、イ欄が2薬局以上あることに該当している場合 (該当のみ回答) ☐ 該当	

薬局コード：

2. 調剤基本料の注1ただし書きに規定する施設基準の保険薬局 (医療資源の少ない地域に所在する保険薬局)に係る届出 (全ての保険薬局が回答)		☐ 届出している		☐ 届出していない	
基本診療料の施設基準等の別表第六の二の所在する保険薬局への該当 (2. で「届出をしている」と回答した場合に回答)		☐ 該当 (対象地域名:)		☐ 非該当	
地方自治体の所有する土地等に所在する診療所であって、へき地医療の医療提供のために必要と都道府県知事に認められているものの敷地内に所在する保険薬局への該当 (2. で「届出をしている」と回答した場合に回答)		☐ 該当 (特別な関係のある診療所名:)		☐ 非該当	
3. 地域支援・医薬品供給対応体制加算 (全ての保険薬局が回答)					
☐ 加算1	☐ 加算2	☐ 加算3	☐ 加算4	☐ 加算5	☐ 届出していない
① 本年5月2日以降に新規指定を受けた場合等、直近3か月間の実績がない保険薬局への該当			☐ 該当 →②③④⑤の記入は不要 ☐ 非該当		
② 後発医薬品の調剤割合 (本年5月から7月の平均)(小数点以下切り捨て) %		③ 同一グループ以外への分譲実績	回	④ 医薬品の備蓄品目数 (医療用)	品目
⑤ 調剤基本料の注8に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局への該当(後発医薬品減算) (※処方箋受付回数が1月600回以下の場合は、「非該当」を選択)			☐ 該当 ☐ 非該当		
⑥ 取り扱う要指導医薬品及び一般用医薬品の合計品目数			品目		
⑦ セルフメディケーション関連機器の設置 (※ 設置しているものすべてを選択してください)			☐ 体重計 ☐ 体温計 ☐ 血圧測定器 ☐ 体組成計 (体脂肪率、BMI等を含むもの) ☐ 血中酸素飽和度測定機 (パルスオキシメーター) ☐ 握力計 ☐ 骨密度測定機 ☐ 心電計		
4. 連携強化加算 (全ての保険薬局が回答)					
☐ 届出している ☐ 届出していない					
5. 在宅薬学総合体制加算 (全ての保険薬局が回答)					
① 訪問薬剤指導の実績(「届出していない」場合であっても記入が必要) (前年5月から本年4月までの合計回数)		在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定回数	回	在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定人数	人
② 在宅患者訪問薬剤管理指導料の1、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、単一建物居住者が1人の場合の居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の実績 (前年5月から本年4月までの合計回数)		「居宅療養管理指導費」及び「介護予防居宅療養管理指導費」(介護保険)の算定回数	回	「居宅療養管理指導費」及び「介護予防居宅療養管理指導費」(介護保険)の算定人数	人
③ 実施している項目を選択し実績を記載(前年5月から本年4月までの合計回数)		左記の訪問薬剤指導実績合計	回	訪問薬剤指導実績に占める割合	割
☐ 訪問時の医療用医薬品に関する指導実績		☐ 無菌製剤処理加算の算定実績	回	☐ 小児特定加算及び乳幼児加算の算定回数の合計	回
6. 電子的調剤情報連携体制整備加算 (全ての保険薬局が回答)					
☐ 届出している ☐ 届出していない					
7. バイオ後続品調剤体制加算 (全ての保険薬局が回答)					
☐ 届出している ☐ 届出していない					
8. 無菌製剤処理加算 (全ての保険薬局が回答)					
無菌製剤処理を実施する場所 (8. で「届出をしている」と回答した場合に回答)		☐ 自局 ☐ 他局(共同利用)			
9. 服薬管理指導料 (全ての保険薬局が回答)					
① 特定薬剤管理指導加算2		☐ 届出している		☐ 届出していない	
② 服薬管理指導料の注1(かかりつけ薬剤師)		☐ 届出している		☐ 届出していない	
10. 在宅患者訪問薬剤管理指導料に係る届出 (全ての保険薬局が回答)					
☐ 届出している ☐ 届出していない					
11. 在宅患者医療用医薬品持続注射療法加算 (全ての保険薬局が回答)					
☐ 届出している ☐ 届出していない					
12. 在宅中心静脈栄養加算 (全ての保険薬局が回答)					
☐ 届出している ☐ 届出していない					

〔記入上の注意〕

- 1 本報告書は、保険薬局ごとに提出すること。なお、休止の届出をしている場合提出不要。特に時期の指定がない項目については、令和8年8月1日時点の情報を記入すること。
- 2 印刷は、片面印刷を選択とすること。
- 3 訂正を行う場合に、訂正印は不要であること。
- 4 チェックボックスが設けられている欄は、該当する区分全てに☑を記入すること。
- 5 「医療資源の少ない地域」については、別シートで該当していることを確認すること。
- 6 「市町村コード」については、別シートで確認すること。
- 7 保険薬剤師数、事務職員数には、8月1日現在に当該保険薬局に在籍する者を計上すること。
 - ・8月1日の欠勤者は在籍する者として計上すること。また、8月1日付の採用者は計上、退職者は計上しないこと。
 - ・当該保険薬局で所定労働時間の定めのない非常勤保険薬剤師(休暇等に対応するため登録している者)は計上しないこと。
- 8 常勤換算については、下記のとおり常勤換算数を計算し、それぞれの欄に記入すること。その際、小数第二位を四捨五入して小数点第一位までを計上すること。
 - ・常勤職員の常勤換算数は「1.0人」とすること。
 - ・非常勤職員の常勤換算数は、以下の計算式により算出すること。ただし、算出した数値が1.0を超える場合は、「1.0人」、0.1に満たない場合は「0.1人」として計算すること。
当該非常勤職員の所定労働時間／当該保険薬局において定めている常勤職員の所定労働時間
- 9 「1.調剤基本料」欄の各項目は施設基準に定められた期間及び計算方法で算出される値を記入すること(別紙様式3参考を参照)。
なお、定められた方法で計算できない項目については、特に断りがある場合を除き、「0」と記入すること。
- 10 「1.調剤基本料」欄の②保険医療機関に係る処方箋集中率については、第1位～第3位まで全て記入すること。なお、該当がない場合には「0」と記入すること。
- 11 「1.調剤基本料」欄の③における「同一グループ」の基準については、別紙様式3参考「第88の2 調剤基本料2」(10) (11)を参照のこと。
- 12 「1.調剤基本料」欄の⑥ウ「薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない保険薬局への該当」については、別紙様式3参考「第91 調剤基本料の注4に規定する保険薬局」を参照のこと。
- 13 「5.在宅薬学総合体制加算」欄の②「訪問薬剤指導実績に占める割合」については、前年5月から本年4月までの在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の算定回数合計に対する在宅患者訪問薬剤管理指導料の1、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、単一建物居住者が1人の場合の居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の実績割合を記載すること。
- 14 例年、以下の記入欄への記入漏れが多く見受けられるので、それ以外の項目も含め記入内容について提出前に改めて確認すること。
 - ・「薬局コード」欄
 - ・「保険薬局名」欄
 - ・「調剤基本料の注1ただし書きに規定する施設基準の保険薬局(医療資源の少ない地域に所在する保険薬局)に係る届出」欄
 - ・「選及指定が認められた保険薬局への該当」欄
 - ・「1④特定の保険医療機関と特別な関係の有無」欄
 - ・「1⑥調剤基本料の注4の減算への該当性」欄
 - ・「3④医薬品の備蓄品目数(医療用)」欄