様式84の２

調剤基本料の特例除外の施設基準に係る届出書添付書類

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １　保険薬局の常勤薬剤師数並びに当該保険薬局の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の施設基準（以下「当該施設基準」という。）に適合している薬剤師数及びその割合 | | | | | |
| 勤務している保険薬剤師の数（①） | | | | | 人 |
| 当該施設基準に適合していることが必要な保険薬剤師数　（①×0.5）（②） | | | | | 人 |
| ２　当該施設基準に適合している保険薬剤師数及び保険薬剤師の氏名等 | | | | | |
| 当該施設基準の届出年月 | 年　　月 | | 当該施設基準に適合している保険薬剤師数（②以上いること） | | 人 |
| 保険薬剤師の氏名 | | 算定回数 | 保険薬剤師の氏名 | 算定回数 | |
|  | | 回 |  | 回 | |
|  | | 回 |  | 回 | |
|  | | 回 |  | 回 | |
|  | | 回 |  | 回 | |
| ３　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の算定回数（公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者に係る算定回数を除く）  期間：　　年　　月　　～　　年　　月 | | | | | |
| 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の合計算定回数（③） | | | | 回 | |
| 1月の常勤薬剤師一人あたりの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の算定回数　[③／（①×３）]（100回以上であること） | | | | 回 | |

［記載上の注意］

１　当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の様態（常勤・非常勤の別）及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。

２「１」の、「常勤薬剤師数」は「薬局等の許可等に関する疑義について」（平成11年２月16日医薬企第17号）の「１薬剤師員数の解釈について」に基づき以下のとおり計算する。

・常勤は、保険薬局が定めた1週間の勤務時間（原則として、薬局で定めた就業規則に基づく薬剤師の勤務時間）のすべてを勤務する者（32時間未満の場合は32時間以上）の数である。また、非常勤の場合には次の式により計算される値の小数点を切り捨てた数とする。

　　　　　非常勤薬剤師の勤務時間の合計

保険薬局で定めた1週間の常勤の勤務時間（32時間未満の場合は32時間）

３　「１」の、②の計算については、小数点以下は四捨五入とする。ただし、①が１の場合には１とする。

　　４　「２」の、保険薬剤師の氏名の記載欄が不足する場合は別添として報告すること。

　　５　「２」の、算定回数欄には当該保険薬剤師が「３」の期間に算定した、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の合計（公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者に係る算定回数を除く。）を記載すること。

　　６　「３」については、届出前３月間の実績を記載すること。

７　届出に当たっては、様式84を併せて届け出ること。