

地域連携薬局

申請書添付書類		通知該当箇所	check
1	利用者の服薬指導等の際に配慮した構造設備がわかる図面、写真等	P3-4 ; 1 -(1)	<input type="checkbox"/>
2	高齢者、障害者等の円滑な利用に適した構造設備がわかる図面、写真等	P4 ; 1 -(2)	<input type="checkbox"/>
3	地域における医療機関に勤務する薬剤師等に対して報告及び連絡した際の情報提供文書等の写し 1 回分	P5-6 ; 2-(3)	<input type="checkbox"/>
4	他の薬局に対して利用者の薬剤等の情報を報告及び連絡する際の方法等を示した手順書等の写し	P6 ; 2-(4)	<input type="checkbox"/>
5	薬局で用いている利用者等に公布する文書、連絡先等が記載された薬袋等の例	P7 ; 3-(1)	<input type="checkbox"/>
6	地域の調剤応需体制がわかる資料として、具体的な休日及び夜間における当番日を示すもの等	P7 ; 3-(2)	<input type="checkbox"/>
7	他の薬局開設者の薬局からの求めに応じて医薬品を提供する場合の手順を示した手順書等の該当箇所の写し (該当部分がわかるように印をつけたもの)	P7 ; 3-(3)	<input type="checkbox"/>
8	①無菌製剤処理を自局で対応する場合 無菌製剤処理が実施できることがわかる図面、写真等 ②無菌製剤処理を共同利用で対応する場合 無菌調剤室を提供する薬局と自局の間で共同利用に関して必要な事項を記載した契約書等の写し ③他薬局への紹介 無菌製剤処理が必要な処方箋を受けた場合に当該薬局に無菌製剤処理に係る調剤のみ紹介する手順書等の該当部分の写し	P8 ; 3-(5)	<input type="checkbox"/>
9	以下に該当する薬剤師の氏名、免許番号、常勤の勤務期間、研修終了の有無を記載した一覧 ①継続して1年以上常勤として勤務している薬剤師 ②地域包括ケアシステムに関する研修を修了した常勤として勤務している薬剤師	P8-9 ; 3-(7),(8)	<input type="checkbox"/>
10	上の②の者に係る健康サポート薬局に係る研修の修了証等の写し	P9 ; 3-(8)	<input type="checkbox"/>
11	研修の実施計画の写し	P9 ; 3-(9)	<input type="checkbox"/>
12	地域の他の医療提供施設に対する医薬品の適正使用に関する情報提供を行った内容の写し 1 回分	P9-10 ; 3-(10)	<input type="checkbox"/>