



FAX連絡票

令和 年 月 日

【送信先】 近畿厚生局滋賀事務所 指導課

宛

FAX番号 077-526-8116

【送信事項】 新規個別指導に係る連絡先・出席者について

連絡先	薬局コード	
	保険薬局の名称	
	電話番号	()
	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:)

出席者 氏名	職名	氏名
	管理薬剤師	

- 「職名」欄には、「開設者」、「保険薬剤師」、「請求事務担当者」等と記載してください。
- なお、「管理薬剤師」とは医薬品医療機器等法上の管理者をいいます。

※1 当課からのFAX送信日に連絡の取れるFAX番号・電話番号に限ります。FAX送信日が薬局の休業日にあたるとき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。

また、出席者に変更がある場合はご連絡ください。

なお、出席者数は、必要最小限(管理薬剤師を含め、1から2名程度まで)としてください。

※3 別紙(11)の「保険薬局の現況」(様式1~6及び任意様式)につきましても、記載のうえ、本連絡票と併せてご送信ください。

【発信者】 保険薬局名

保険薬局の現況

1. 保 險 薬 局 の 概 要	・ ・ ・ ・ ・	様式 1
2. 保険薬剤師等の従事者一覧	・ ・ ・ ・ ・	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	・ ・ ・	様式任意 ※
6. 後 発 医 薬 品 調 剂 割 合 一 覧	・ ・ ・ ・ ・	様式 3
7. 後発医薬品使用促進に係る調査票	・ ・ ・ ・ ・	様式 4
8. 保 險 薬 局 処 方 箋 等 調 ベ	・ ・ ・ ・ ・	様式 5
9. 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績	・ ・ ・ ・ ・	様式 6

※ 様式は添付しておりませんので、貴保険薬局で準備してください。

1. 保険薬局の概要

(令和 年 月 日現在)

名 称				薬局コード	
所 在 地					
開 設 者 名		法人の場合	(代表者名)		薬剤師資格 有・無
管理 薬剤師名	(生年月日 年 月 日)			(就任年月日 年 月 日)	
開 局 時 間 (24時間表記)	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~ 月 日 / 夏季 月 日~ 月 日				
指定を受けて いる公費負担 医療制度等 (法別番号) (該当箇所に○印 を付けてください)	感染症予防等(入院)(11)、生活保護(12)、戦傷病者(療養の給付)(13)、戦傷 病者(更生医療)(14)、障害者総合支援(更生医療)(15)、児童福祉(療育の給 付)(17)、障害者総合支援(育成医療)(16)、原爆被爆(認定疾病医療)(18)、 原爆被爆(一般疾病医療費)(19)、障害者自立支援(精神通院医療)(21)、障害者 総合支援(療養介護医療)(24)、心神喪失等(医療の給付)(30)、特定疾患治療費 等(51)、児童福祉(小児慢性特定疾患)(52)、児童福祉(措置等医療の給付) (53)、石綿健康被害の救済(医療費の支給)(66)、労働災害、その他()				
届出を行って いる施設基準					
電子薬歴 システム	有・無	有の 場合	メーカー名		
			システムの名称 (ソフト名)		
運用管理規程 (該当箇所に○印 を付けてください)	有・無		調剤録の様式 (該当の番号に○印 を付けてください)	1. 処方箋(裏面)使用 2. 別様式作成	
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)				

2. 保険薬剤師等の従事者一覧

(令和 年 月 日作成)

資格	氏名	生年月日	勤務形態	採用年月日	退職年月日	備考（担当業務等）
			常・非			
			常・非			
			常・非			
			常・非			
			常・非			
			常・非			
			常・非			
			常・非			
			常・非			
			常・非			
			常・非			
			常・非			
			常・非			
			常・非			
			常・非			
			常・非			
			常・非			
			常・非			
			常・非			
			常・非			

注1 当該保険薬局に勤務する薬剤師、事務員等全ての方について記載してください。

2 直近1年間に、従事者でなくなった者についても記載してください。

3 勤務形態に応じ、「常勤・非常勤」のいずれかを○で囲んでください。

4 「備考」欄には、担当業務（「受付事務」、「調剤業務」、「請求事務」等）を記載してください。

<様式3>

6. 後発医薬品調剤割合一覧

年 月	年 月	調剤した医薬品の規格単位数量		各月直近3か月間に調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数 及び後発医薬品の割合 (%)	各月直近3か月間に調剤した後発医薬品の規格単位数量の割合 (%)
		全ての医薬品(ただし、経腸成分栄養剤等を除く。)	後発医薬品		
A	A	a	α		
B	月	b	β		
C	月	c	γ	$(\alpha + \beta + \gamma) / (a + b + c)$	$(a + b + c) / (A + B + C)$
D	月	d	δ	$(\beta + \gamma + \delta) / (b + c + d)$	$(b + c + d) / (B + C + D)$
E	月	e	ε	$(\gamma + \delta + \varepsilon) / (c + d + \varepsilon)$	$(c + d + \varepsilon) / (C + D + E)$
F	月	f	ζ	$(\delta + \varepsilon + \zeta) / (d + \varepsilon + f)$	$(d + \varepsilon + f) / (D + E + F)$
G	月	g	η	$(\varepsilon + \xi + \eta) / (\varepsilon + f + g)$	$(\varepsilon + f + g) / (E + F + G)$
H	月	h	θ	$(\xi + \eta + \theta) / (f + g + h)$	$(f + g + h) / (F + G + H)$
I	月	i	ι	$(\eta + \theta + \iota) / (g + h + i)$	$(g + h + i) / (G + H + I)$
J	月	j	κ	$(\theta + \iota + \kappa) / (h + i + j)$	$(h + i + j) / (H + I + J)$
K	月	k	λ	$(i + \kappa + \lambda) / (i + j + k)$	$(i + j + k) / (I + J + K)$
L	月	l	μ	$(\kappa + \lambda + \mu) / (j + k + l)$	$(j + k + l) / (J + K + L)$
M	月	m	ν	$(\lambda + \mu + \nu) / (k + l + m)$	$(k + l + m) / (K + L + M)$
N	月	n	ξ	$(\mu + \nu + \xi) / (l + m + n)$	$(l + m + n) / (L + M + N)$

注1 作成日の前月より過去1年間に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。

2 経腸成分栄養剤等は、経腸成分栄養剤、特殊ミルク製剤、生薬及び漢方である。

7. 後発医薬品使用促進に係る調査票

<様式4>

作成日 令和 年 月 日

保険薬局名

標記について、「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」において、以下のとおり後発医薬品に関する規定が設けられているところです。

つきましては、後発医薬品の使用状況等に関して、ご回答願います。

なお、回答にあたっては、作成日の前月分をご記入ください。

「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」(抜粋)

(調剤の一般的方針)第8条第3項

保険薬剤師は、(中略)当該処方せんを発行した保険医等が後発医薬品への変更を認めているときは、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行わなければならない。

この場合において、保険薬剤師は、後発医薬品を調剤するよう努めなければならない。

① 貴局における1月当たりの処方箋の受付枚数は概ね何枚ですか。

枚

② 上記①のうち、一般名処方(後発医薬品の銘柄名処方を含む)処方箋の受付枚数は概ね何枚ですか。また、その割合をご記入ください。(小数点以下切り捨て)

枚

%($\text{②} \div \text{①} \times 100$)

③ 上記①のうち、後発医薬品への変更が不可とされた処方箋の受付枚数は概ね何枚ですか。また、その割合をご記入ください。(小数点以下切り捨て)

枚

%($\text{③} \div \text{①} \times 100$)

④ 上記①のうち、後発医薬品への変更を行った処方箋の枚数は概ね何枚ですか。

枚

⑤ 貴局において備蓄している後発医薬品は何品目ありますか。

品目

8. 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	その他の	
平成 年 3月							
4月							
令和 年 5月							
6月							
7月							
8月							
9月							
10月							
11月							
12月							
1月							
2月							
合計							
平均							

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

◎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 この表は、指導前年の3月から本年2月までと、本年3月から作成日の前月までを別葉で作成してください。

8. 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	
令和 年 3月							
4月							
5月							
6月							
7月							
8月							
9月							
10月							
11月							
12月							
1月							
2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 この表は、指導前年の3月から本年2月までと、本年3月から作成日の前月までを別葉で作成してください。

9. 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
令和　年　月			
月			
月			
月			
月			
月			
月			
月			
月			
月			
月			
直近1年間の 合計			

注　直近1年間について記載してください。