

健康サポート薬局基準適合チェックリスト

届 出 書 添 付 書 類		記 入 欄		check
		省 令 手 順 書 該 当 頁 様 式 N o 等		
かかりつけ薬局の基本的機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該薬局の業務実態を踏まえて、以下の事項に関することを記載した省令手順書の写し ・ 患者がかかりつけ薬剤師を選択でき、かかりつけ薬剤師が薬剤に関する情報提供・指導等を一元的・継続的に行う。 ・ 患者がかかりつけ薬剤師を選択した際、その旨及び選択理由を記載する。 ・ 患者が現在受診している医療機関を全て把握するよう取組む。 ・ 患者に使用された医薬品・服用している医薬品の一元管理を行う。 ・ 患者等に対し残薬確認、残薬解消、残薬発生の原因聴取とその対処に取り組む。 ・ 毎回、患者に服薬状況や体調変化を確認し、新たな情報や薬剤服用歴の記録を参照し、必要に応じて確認・指導を行う。 ・ 指導内容を見直し患者の理解度等に応じて薬剤に関する情報提供・指導等を行う。 ・ 患者に対し、お薬手帳の意義及び役割等を説明するとともに活用を促す。 ・ お薬手帳利用者に、適切な利用方法を指導する（医療機関・薬局への提示等）。 ・ お薬手帳の複数冊所持者に対し、お薬手帳の集約に努める。 ・ 薬剤師の役割の周知、かかりつけ薬剤師・薬局の意義等の説明を行い、かかりつけ薬剤師・薬局を持つよう促す。 ・ 開店時間外の電話相談等にも対応。かかりつけ薬剤師を持つ患者からの電話相談等に対しては当該薬剤師が対応。 ・ 医療機関に対して、疑義照会を行い、必要に応じ、副作用等の情報提供、処方提案に適切に取り組む。 ・ 上記の 、 、 、 、 、 の実施に関して、薬剤服用歴に記載する。 	<ul style="list-style-type: none"> 省 5 ページ 省 5 ページ 省 6 ページ 7 ページ 省 8 ページ 省 9 ページ 省 10 ページ 省 11 ページ 省 11 ページ 省 12 ページ 省 13 ページ 省 14 ページ 省 6 ~ 14 ページ 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該薬局に従事する薬剤師の氏名、勤務日及び勤務時間を示した勤務表 		<input checked="" type="checkbox"/>	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ お薬手帳の意義、役割及び利用方法の説明又は指導のための適切な資料 		<input checked="" type="checkbox"/>	
	<ul style="list-style-type: none"> 【お薬手帳の意義、役割は、平成 27 年 11 月 27 日薬生総発 1127 第 4 号「お薬手帳（電子版）の運用上の留意事項について」に記載されている内容を参照しているか 	はい	いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ かかりつけ薬剤師・薬局の意義及び役割等 【かかりつけ薬剤師と薬局の意義・役割は、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則（以下「運用通知」という）に記載されている内容を参照して 	24 時間直接相談できる連絡先電話番号等を記載し交付している文書の名称を記載してください。	はい	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該薬局薬剤師に 24 時間直接相談できる連絡先電話番号等を記載し交付する文書の名称を記載（「薬袋」も可） 		【 薬剤情報提供書 】	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅患者に対する直近 1 年間の薬剤服用歴の記録や薬学的管理及び指導の実績が確認できる書類 		<input checked="" type="checkbox"/>	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関に対して情報提供する際の文書様式 		<input checked="" type="checkbox"/>	

左記事項が記載してある省令手順書のページを記入してください。

必要な添付書類があることを確認し、チェックしてください。

24 時間直接相談できる連絡先電話番号等を記載し交付している文書の名称を記載してください。

届出書添付書類

記入欄
省令手順書該当頁
健康サポート業務手順書該当頁
様式 No 等

check

健康サポート機能

- 当該薬局の業務実態を踏まえて、以下の事項に関することを記載した健康サポート業務手順書の写し
【下記項目は、健康サポート業務手順書への記載ではなく、省令手順書に記載している】
- 要指導医薬品等及び健康に関する相談に適切に対応し、必要に応じ医療機関への受診勧奨を行う。
- 健康に関する相談を受けた場合は、かかりつけ医等の有無を確認し、かかりつけ医がいる場合等には、かかりつけ医等に連絡を取り、連携して相談に対応する。
- 特に、要指導医薬品等による対応が困難である場合などには、受診勧奨
- 健康に関する相談に対し、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、健康診断や保健指導の実施機関、市区町村保健センター等の行政機関、実施者等の地域の連携機関を薬局利用者に紹介するよう取り組む。
- 上記 ~ に基づき受診勧奨又は紹介を行う際、必要な情報を紹介先の
- 以下のような場合に受診勧奨する。
 - 医師の診断がなされているが、医師の指示に従わずに受診していない場合
 - かかりつけ医がいるにもかかわらず、一定期間受診していない場合
 - 定期健診その他必要な健診を受診していない場合
 - 状態が悪い場合など要指導医薬品等による対応が困難であることが疑われる場合
 - 要指導医薬品等を使用した後、状態の改善が明らかでない場合
- 要指導医薬品等又は健康食品等に関する相談に対し、薬局利用者の状況や当該品目の特性を十分に踏まえた上で、専門的知識に基づき説明する。
- 以下の事項を満たした医療機関その他の連携機関先のリスト
 - 地域における医療機関、地域包括支援センター、介護事業所、訪問看護ステーション、健康診断等の実施機関、市区町村保健センター及び介護予防・日常生活支援総合事業の実施者が含まれている。
 - 医療機関その他の連携機関の名称、住所及び連絡先（電話番号、担当者名等）が記入できる様式である。
- 以下の内容を記載できる紹介文書
 - 紹介先に関する情報、紹介元の薬局・薬剤師
相談内容及び相談内容に関わる使用薬剤等が
- 地域の薬剤師会と密接な連携を取り、地域の行
実施又は協力する健康の保持増進その他の各種
(事業の概要、参加人数、場所及び日時並びに当該薬局の薬剤師の参加内容などが分かるもの)
【地域の薬剤師会に加入している】

はい いいえ
省・健 16ページ
省・健 17ページ
省・健 18ページ
省・健 19ページ
省・健 20ページ
省・健 21ページ

左記事項が記載してある手順書が省令手順書の場合は「省」を、別に健康サポート業務手順書を作成している場合は「健」をつけてください。

公益社団法人相模原市薬剤師会に加入し、会の活動に参加している場合は「はい」をつけてください。

はい いいえ

