

別添 2

構造設備と体制の概要（専門医療機関連携薬局（がん））

実績の対象期間：（認定申請の前月までの過去1年間） 年 月～ 年 月

| | 要件等 (医薬品医療機器等法施行規則第10条の3関係) | 適合の有無 【適合の場合☐】 | 概要等 | 添付が必要な書類 | ※行政 使用欄 |
|---|--|--------------------------|---|---|--------------------------|
| 1 | 利用者の服薬指導等の際に配慮した構造設備（第2項第1号） | <input type="checkbox"/> | (例) 利用者用の椅子の設置、相談内容が漏えいしないよう配慮した設備等 | 別紙1 【図面・写真等】 | <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（第2項第2号） | <input type="checkbox"/> | (例) 手すりの設置、段差がない、車いすでも来局できる構造等 | 別紙2 【図面・写真等】 | <input type="checkbox"/> |
| 3 | がん治療に係る医療機関との間で開催される会議への参加（第3項第1号） | <input type="checkbox"/> | 会議の名称：（ ） | | <input type="checkbox"/> |
| | 連携先の医療機関に勤務する薬剤師等に対して随時報告及び連絡することができる体制（第3項第2項） | <input type="checkbox"/> | 主な連携先の医療機関の名称： _____ (所在地： _____ 市・町) ※敷地内の場合はそれ以外の医療機関を記載 | | <input type="checkbox"/> |
| 4 | 連携先の医療機関に対し報告及び連絡した実績（第3項第3号） | <input type="checkbox"/> | 過去1年間のがん患者総数（ ）人 うち、がん治療に係る医療機関に勤務する薬剤師等に報告及び連絡した患者数（ ）人 | 別紙5 【情報提供文書等の写（1回分）】 (個人情報はマスキング) | <input type="checkbox"/> |
| 5 | 他の薬局に対して報告及び連絡することができる体制（第3項第4号） | <input type="checkbox"/> | 利用者の薬剤等の情報を報告及び連絡する方法等を省令手順書等に記載 | 別紙6 【省令手順書等の写】 (該当部分をマーク) | <input type="checkbox"/> |
| 6 | 開店時間外の相談に対応する体制（第4項第1号） | <input type="checkbox"/> | 薬剤師に直接相談できる連絡先、注意事項を文書、薬袋等に記載 | 別紙7 【文書・薬袋等】 | <input type="checkbox"/> |
| 7 | 休日及び夜間の調剤応需体制（第3項第2号） | <input type="checkbox"/> | 自局の対応時間 休日 _____ : _____ ~ _____ : _____ 平日(夜間) _____ : _____ ~ _____ : _____ | 別紙8【地域における休日及び夜間の調剤応需体制がわかるもの】 | <input type="checkbox"/> |
| 8 | 在庫として保管するがんに係る医薬品※を必要な場合に他の薬局開設者の薬局に提供する体制（第4項第3号） ※抗がん剤、支持療法で用いられる医薬品等 | <input type="checkbox"/> | 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手順等を省令手順書等に記載 | 別紙9 【省令手順書等の写】 (該当部分をマーク) | <input type="checkbox"/> |
| 9 | 麻薬の調剤応需体制（第4項第4号） | <input type="checkbox"/> | 麻薬小売業者免許番号 第 _____ 号 | | <input type="checkbox"/> |

| | 要件等 (医薬品医療機器等法施行規則第10条の3関係) | 適合の有無 【適合の場合☐】 | 概要等 | 添付が必要な書類 | ※行政 使用欄 |
|----|---|--------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------|
| 10 | 医療安全対策 (第4項第5号) | <input type="checkbox"/> | ※該当する項目をチェックすること <input type="checkbox"/> 医薬品に係る副作用等の報告 <input type="checkbox"/> 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業への参加 <input type="checkbox"/> その他の取組 具体的な内容 () | | <input type="checkbox"/> |
| 11 | 常勤として勤務している薬剤師の半数以上が継続して1年以上常勤として勤務している体制 (第4項第6号) | <input type="checkbox"/> | ※別紙11-1により基準に適合していることを示すこと | 別紙11-1 【薬剤師一覧】 別紙11-2 【修了証】 | <input type="checkbox"/> |
| | がんの専門性を有する常勤として勤務している薬剤師 (第4項第7号) | <input type="checkbox"/> | | | |
| 12 | がんに係る専門的な研修の受講 (第4項第8号) | <input type="checkbox"/> | (例) 外部研修、勤務薬剤師に対する当該研修の実施計画 | 別紙12 【研修実施計画の写(1年分)】 | <input type="checkbox"/> |
| 13 | 地域の他の薬局に対するがんに係る専門的な内容の研修の実施 (第4項第9号) | <input type="checkbox"/> | | 別紙13 【研修実施計画の写(1年分)】 | <input type="checkbox"/> |
| 14 | 地域の他の医療提供施設に対するがんに係る医薬品の適正使用に関する情報提供の実施 (第4項第10号) | <input type="checkbox"/> | 過去1年間に情報提供した医療提供施設の名称 () | 別紙14 【情報提供文書の写(1回分)】 | <input type="checkbox"/> |

※別紙番号を各添付書類の右上に付記すること