

専門医療機関連携薬局【傷病の区分：がん】 認定基準適合表 (新規用)

実績の対象期間： 年 月～ 年 月

□を付している項目は、該当する項目にチェックすること

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) <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者が座って情報の提供及び薬学的知見に基づく指導を受けることができる設備 ・ 個室その他のプライバシーの確保に配慮した設備 	詳細は次のとおり <input type="checkbox"/> 図面 <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> その他 ()				
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) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 利用者の動線や利用するエリア等を考慮して手すりを設置している。 <input type="checkbox"/> 段差のない入口を設置している。 <input type="checkbox"/> 車いすでも来局できる構造である。 <input type="checkbox"/> その他高齢者、障害者等の円滑な利用に適した構造 具体的な構造 () 	詳細は次のとおり <input type="checkbox"/> 図面 <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> その他 ()				
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) 上記医療機関勤務薬剤師等への随時報告及び連絡することができる体制 (第3項第2号) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> ※過去1年間に参加した会議 会議の名称： _____ </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; padding: 5px;"> 主な連携先の医療機関 名称①： _____ 所在地①： _____ 名称②： _____ 所在地②： _____ </td> <td style="width: 40%; padding: 5px; vertical-align: top;"> ※3施設以上は別紙とする <input type="checkbox"/> 別紙 有 </td> </tr> </table>		主な連携先の医療機関 名称①： _____ 所在地①： _____ 名称②： _____ 所在地②： _____	※3施設以上は別紙とする <input type="checkbox"/> 別紙 有		
主な連携先の医療機関 名称①： _____ 所在地①： _____ 名称②： _____ 所在地②： _____	※3施設以上は別紙とする <input type="checkbox"/> 別紙 有					
4	がん治療に係る医療機関勤務薬剤師等へ報告及び連絡した実績 (第3項第3号) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 60%; padding: 5px;">① 過去1年間のがん患者総数</td> <td style="width: 40%; padding: 5px;">() 人</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">② ①のうち、がん治療に係る医療機関勤務薬剤師等に報告等した患者数</td> <td style="padding: 5px;">() 人 ★基準は①の1/2以上</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> 実績 (1回分) 写し添付 (個人情報マスキング済) を添付 (参考) 過去1年間の報告及び連絡した情報提供回数 () 回		① 過去1年間のがん患者総数	() 人	② ①のうち、がん治療に係る医療機関勤務薬剤師等に報告等した患者数	() 人 ★基準は①の1/2以上
① 過去1年間のがん患者総数	() 人					
② ①のうち、がん治療に係る医療機関勤務薬剤師等に報告等した患者数	() 人 ★基準は①の1/2以上					
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"/> 利用者の薬剤情報の報告及び連絡手順書等 (該当箇所のみも可) の写しを添付					

6	開店時間外の相談に対応する体制（第4項第1号）	
	開店時間 平日 : ~ : 土曜 : ~ : 日祝日 : ~ :	<input type="checkbox"/> 左記文書又は薬袋等の例を添付
7	休日及び夜間の調剤応需体制（第4項第2号）	
	自局での対応時間 休日 : ~ : 平日（夜間） : ~ :	<input type="checkbox"/> 休日夜間調剤応需当番リスト等地域調剤応需体制が確認できる資料の写し添付 （参考）過去1年間の調剤の実績（_____）回
8	在庫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）	
	<input type="checkbox"/> 医薬品（がんに係る）提供手順書等（該当箇所のみも可）の写し添付 （参考）過去1年間のがんに係る医薬品提供の実績（_____）回	
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 又は <input type="checkbox"/> 免許証原本の提示 （参考）過去1年間の調剤の回数（_____）回	
10	医療安全対策（第4項第5号）	
	医療安全対策の概要	
	<input type="checkbox"/> 医薬品に係る副作用等の報告 （参考）過去1年間の報告回数（_____）回	
	<input type="checkbox"/> 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業への参加 （参考）過去1年間の報告回数（_____）回	
11	継続して1年以上常勤として勤務している薬剤師の体制（第4項第6号）	
	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）	
	① 常勤（32時間以上勤務）として勤務している薬剤師数	（_____）人
	② 継続して1年以上勤務している常勤薬剤師数	（_____）人 ★基準は①の1/2以上
	③ 厚生労働省に届出した団体から、がん薬物療法全般に係る専門性を有すると認定を受けた常勤薬剤師数	（_____）人
<input type="checkbox"/> ②又は③に該当する薬剤師の一覧表添付（氏名、免許番号、勤務期間、認定の有無） <input type="checkbox"/> 認定を証する書類の原本提示又は写し添付		

12	がん薬物療法全般に係る専門研修の受講（第4項第8号）	
	<input type="checkbox"/> 研修計画書の写し添付（従事する全ての薬剤師を含む）	
13	他の薬局に対するがん薬物療法全般に係る専門研修の実施（第4項第9号）	
	<input type="checkbox"/> 研修計画書の写し添付	
14	地域の他の医療提供施設（病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院、調剤を実施する薬局等）に対する医薬品の適正使用に関する情報提供（第4項第10号）	
	<p>情報提供先 <small>（特定の医療提供施設に対する情報提供であれば、施設の名称を、地域の複数の医療提供施設であれば、地域の範囲や主な施設の名称を記載する）</small></p> <p>地域の範囲 _____ ※</p> <p>※特定の医療提供施設に対する情報提供の場合は記載不要</p> <p>施設①： _____</p> <p>施設②： _____</p> <p>施設③： _____</p>	<input type="checkbox"/> 過去1年間において情報提供を行った内容の写し（1回分）添付