

○指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)の新規・更新指定手続きに係る確認事項
 薬局名()

質問項目	回答欄
<p>・スタッフ人数 ※括弧内は非常勤職員の人数(内数)</p>	<p>管理薬剤師 名 薬剤師 名(名) 事務員 名(名)</p>
<p>・各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリング等を行えるスタッフは配置されているか。(専任でなくても可)</p>	<p><input type="checkbox"/>配置されている <input type="checkbox"/>配置されていない</p>
<p>・複数の医療機関から処方箋を受け付けているか。また、今後も複数の医療機関から受け付けることで変わらないか。 (主として受け付けている医療機関があれば、医療機関名を御記載ください。)</p>	<p><input type="checkbox"/>複数医療機関からの処方箋を受け付けている (主な医療機関: <input type="checkbox"/>複数医療機関からの処方箋を受け付けていない</p>
<p>【新規申請又は施設の概要に変更がある場合】 ・店舗出入口や店内通路に段差はあるか。</p>	<p><input type="checkbox"/>段差がある (段差の状況: <input type="checkbox"/>段差なし</p>
<p>【新規申請又は施設の概要に変更がある場合】 ・通路や待合室やトイレは車いすでも利用できる十分なスペースがあるか。 (手すりを設置している場合は図面に設置箇所を御記載ください。:新規又は施設に変更がある場合のみ)</p>	<p><input type="checkbox"/>トイレ・待合室とも車いすでの利用が可能である <input type="checkbox"/>通路や待合室に車椅子での利用が困難な場所がある <input type="checkbox"/>トイレは車椅子での利用が困難である</p>
<p>・車いす等、移動が困難な利用者がいた場合、スタッフによる介助は可能か。</p>	<p><input type="checkbox"/>介助が可能である <input type="checkbox"/>介助は困難である</p>
<p>・問合わせ御担当者様及び連絡先</p>	
<p>・指定通知の送付先</p>	<p><input type="checkbox"/>薬局 <input type="checkbox"/>開設者(本社) <input type="checkbox"/>その他(住所・送付先を記入してください)</p>