○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 |
| ・スタッフ人数  ※括弧内は非常勤職員の人数（内数） | 管理薬剤師　　　　　　　　　　名  薬剤師　　　　　　　　　　　　　名（　　　　　　名）  事務員　　　　　　　　　　　　　名（　　　　　　名） |
| ・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） | □配置されている  □配置されていない |
| ・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りないか。  （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。） | □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：  □複数医療機関からの処方箋を受け付けていない |
| 【新規申請又は施設の概要に変更がある場合】  ・店舗出入り口や店内通路に段差はあるか。 | □段差がある  （段差の状況：  □段差なし |
| 【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） | □トイレ・待合室とも車いすでの利用が可能である  □通路や待合室に車椅子での利用が困難な場所がある  □トイレは車椅子での利用が困難である |
| ・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。 | □介助が可能である  □介助は困難である |
| ・問合わせ御担当者様及び連絡先 |  |
| ・指定通知の送付先 | □薬局  □開設者（本社）  □その他（住所・送付先を記入してください） |