

|   |  |                             |
|---|--|-----------------------------|
| 1 | 在宅患者訪問薬剤管理指導に係る届出  | <input type="checkbox"/> あり |
| 2 | 開局時間以外の時間における調剤応需体制の整備状況   | <input type="checkbox"/> あり |
| 3 | 在宅業務実施体制に係る周知の状況<br>(周知方法) (対応方法に☑をすること。)<br><input type="checkbox"/> 薬局機能情報提供制度を通じて周知している。<br><input type="checkbox"/> 地域の薬剤師会を通じて周知している。<br><input type="checkbox"/> その他 (具体的に記入)  |                             |
| 4 | 在宅業務に必要な体制の整備状況<br>在宅業務に関する職員等研修の実施実績及び計画 <input type="checkbox"/> あり<br>外部の学術研修の受講 <input type="checkbox"/> あり  |                             |
| 5 | 医療材料及び衛生材料の供給に必要な整備状況  | <input type="checkbox"/> あり |
| 6 | 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況 (届出時の直近一年間)<br>期間: 年 月 ~ 年 月<br>在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況<br>算定回数: 回 (実施患者数: )<br><div style="border-left: 2px solid black; border-right: 2px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"><p>在宅患者訪問薬剤管理指導料 (医療保険)<br/>算定回数: 回 (実施患者数: )<br/>居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費 (介護保険)<br/>算定回数: 回 (実施患者数: )</p></div> |                             |
| 7 | 麻薬小売業者免許証の番号   |                             |
| 8 | 高度管理医療機器等の販売業の許可等<br><input type="checkbox"/> 高度管理医療機器の販売業の許可を受けている (許可番号: )<br>【在宅中心静脈栄養法加算の場合で、上記に該当しない場合のみ】<br><input type="checkbox"/> 管理医療機器の販売業の届出を行っている (医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行令第49条により届出を行ったものとみなされる場合を含む。)   |                             |

〔記載上の注意〕

- 1 「２」については、開局時間以外の時間における調剤応需体制について患者等に交付する文書（他の保険薬局と連携する場合にはその名称・所在地・電話番号等を記載）の見本を添付すること。
- 2 「３」については、在宅業務実施体制に係る周知先の名称、及びその周知方法等を記載すること。
- 3 「４」については、当該保険薬局における職員等に対する研修実施計画及び実施実績等を示す文書を添付すること。
- 4 「６」の算定回数については、届出時の直近１年間で在宅患者訪問薬剤管理指導料及び居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費を合算して計１０回以上であること。
- 5 在宅患者調剤加算の届出を行うに場合にあつては「１」～「７」までを、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算の届出を行うに場合にあつては「７」及び「８」を、在宅中心静脈栄養法加算の届出を行うに場合にあつて「８」を記載すること。