

# 薬局事前相談票

相談日：令和 年 月 日（神戸市保健所受付）

相談者名 (事業者名)		連絡先	担当者名： TEL ( ) -	
相談内容	<input type="checkbox"/> 新設 <input type="checkbox"/> 移転 <input type="checkbox"/> 営業者変更 <input type="checkbox"/> 構造設備変更 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
持参書類	<input type="checkbox"/> 付近の見取図 <input type="checkbox"/> 配置図 <input type="checkbox"/> 平面図 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
薬局の 状況	薬局の名称(予定)			
	所在地	神戸市 区 (ビル名階・号室)		
		用途地域 ( )	臨港地区・緑地保全地区	
	建 物	<input type="checkbox"/> ビル( 階建ての 階) <input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合店舗 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	最も近い医療機関の名称 位置	( . 眼科・耳鼻科) <input type="checkbox"/> 隣 <input type="checkbox"/> 向かい <input type="checkbox"/> 同一ビルの同一フロア <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	開設者	氏名(法人の場合は名称)	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 非薬剤師(法人の場合は代表者)	
		開設者(法人の場合は役員) に医療機関の関係者の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	薬局勤務薬剤師数(予定) (取扱予定処方箋枚数) ( 枚/日)
	天井部分の構造	<input type="checkbox"/> 石膏ボード <input type="checkbox"/> クロス張り <input type="checkbox"/> その他 ( )	壁面部分の構造	<input type="checkbox"/> 石膏ボード <input type="checkbox"/> クロス張り <input type="checkbox"/> その他 ( )
	床面部分の構造	<input type="checkbox"/> 長尺シート <input type="checkbox"/> Pタイル <input type="checkbox"/> その他 ( )	調剤室と待合室等と の区画構造	<input type="checkbox"/> ガラス扉 <input type="checkbox"/> ガラス窓 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	無菌調剤( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無菌調剤室有 <input type="checkbox"/> 共同利用(利用先: ) <input type="checkbox"/> 薬剤師不在時間 <input type="checkbox"/> 検体測定 <input type="checkbox"/> 特定販売(インターネット・その他( )) <input type="checkbox"/> 医薬品保管庫 <input type="checkbox"/> オンライン服薬指導			
(取扱/許可) <input type="checkbox"/> 麻薬 <input type="checkbox"/> 覚醒剤原料 <input type="checkbox"/> 無菌調剤 <input type="checkbox"/> 高度管理医療機器販売業・貸与業 <input type="checkbox"/> 毒物劇物販売業 <input type="checkbox"/> 薬局製剤 <input type="checkbox"/> 処方箋外医薬品販売 <input type="checkbox"/> 要指導医薬品 <input type="checkbox"/> 一般用医薬品( <input type="checkbox"/> 第1類・ <input type="checkbox"/> 第2類第3類)				
近畿厚生局への相談	<input type="checkbox"/> 済( <input type="checkbox"/> 遡及可 <input type="checkbox"/> 遡及対象外) <input type="checkbox"/> 予定			

(神戸市保健所記入欄)

応対者： .

薬機法上の問題点	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(問題点: ) 《構造上の主な確認事項》
申請予定日 月 日	①明らか外観 <input type="checkbox"/> 看板等 <input type="checkbox"/> 販売・授与対象者が容易に当該薬局に出入りできる構造 ②店舗の区画 <input type="checkbox"/> 常時居住する場所及び不潔な場所からの区別 ③調剤室との区画 <input type="checkbox"/> 他の場所との区画が適切(隔壁構造: <input type="checkbox"/> 天井までの到達) ④面積 <input type="checkbox"/> 店舗全体 19.8㎡以上 <input type="checkbox"/> 調剤室 6.6㎡以上 ⑤調剤室の構造 <input type="checkbox"/> 通路とならない構造 <input type="checkbox"/> 店舗全体が見渡せる構造 <input type="checkbox"/> 進入防止構造( <input type="checkbox"/> 施錠) <input type="checkbox"/> 冷蔵庫の設置(遮光 適) <input type="checkbox"/> 鍵のかかる貯蔵設備( <input type="checkbox"/> 毒薬庫 <input type="checkbox"/> 麻薬金庫) <input type="checkbox"/> 強制換気設備の設置 <input type="checkbox"/> 給水栓、ガス、電気等設備の設置 ⑥医薬品販売場所(待合室を含む)の構造 <input type="checkbox"/> 医薬品が対面販売できる構造 <input type="checkbox"/> 許可証・掲示板掲示位置 <input type="checkbox"/> プライバシー配慮 <input type="checkbox"/> 手すり・スロープ ⑦その他 <input type="checkbox"/> 安全管理指針・業務手順書、器具・書籍類(説明済 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 要指導・第1類医薬品陳列設備への進入防止措置 適 <input type="checkbox"/> レジ、処方箋保管場所、薬歴管理棚、更衣スペース、 給水器(珈琲等不可)、医療機関からの独立性
完成予定日 月 日	
調査希望日 月 日	
許可証交付希望日 月 日	
調剤開始希望日 月 日	

(備考)

医務薬務課長	業務係長	担 当