岡山県薬剤師会（2026.2.2 改訂）

岡山県薬剤師会「緊急避妊薬販売薬局等名簿」登録申請について

岡山県薬剤師会「緊急避妊薬販売薬局等名簿」登録により『近隣の産婦人科医等との連携体制』を構築したい薬局・店舗販売業の管理者は、下記要領により登録申請をお願いします。

■登録の条件

- ✧ 岡山県内に所在する薬局・店舗販売業の店舗であること
- ✧ 「近隣の産婦人科医等との連携体制構築」以外の販売に必要な要件を満たしていること
- ✧ 厚生労働省通知「緊急避妊薬を調剤・販売する薬剤師及び販売する薬局・店舗販売業の店舗について」（令和 7 年 9 月 18 日医薬総発 0918 第 2 号・医薬薬審発 0918 第 3 号）を熟読し、真摯に対応すること。
- ✧ 名簿登録の内容に変更があったり、販売を止める時は速やかに薬剤師会への報告と厚労省の Forms 手続きを行うこと。
- ✧ 医師会との意見交換のため、販売状況や販売困難事例への対応についての調査に協力すること。
- ✧ 「緊急避妊薬販売に係る都道府県医師会・薬剤師会間の連携体制参加にあたっての確認書」を提出すること。

■登録方法

①所定の様式（Excel 表）、②「緊急避妊薬販売に係る都道府県医師会・薬剤師会間の連携体制参加にあたっての確認書」を薬剤師会事務局までメール添付でお送りください。
変更があった場合は、新しい内容を記載した Excel 表をお送りください。
【お願い】

＊Excel 表について

Excel 表は 1 店舗につき 1 ファイルとしてください。（シートを増やさないこと）
ファイル名は　電話番号＋店舗名＋西暦年月日（提出日）　としてください。
例）0862225424〇〇薬局△△店 20251120

＊「緊急避妊薬販売に係る都道府県医師会・薬剤師会間の連携体制参加にあたっての確認書」について

1 店舗につき 1 ファイル（Word または PDF）としてください。
ファイル名は　電話番号＋（店舗名）＋　確認書　としてください。

＊メール送信について　（送信先メールアドレス： houkoku@opa.or.jp）

件名は「緊急避妊薬販売（〇〇薬局△△店）」とし、Excel 表を添付してください。
本文には担当者名と連絡先、新規申請・変更・取り下げなど分かるように記載してください。
非会員店舗の場合は『「緊急避妊薬販売薬局等名簿」登録に関する確認書』も添付してください。

■登録申請受付について

定期的に更新を行う予定です。更新予定は薬局メールおよび当会ホームページでお知らせします。

■登録情報の利用について

登録内容は「緊急避妊薬販売薬局等名簿」の作成及び連絡等の関連業務に使用します。
作成した名簿は岡山県医師会に提供するとともに、厚生労働省医薬品審査管理課へも共有します。

■その他

岡山県医師会「連携医療機関名簿」は、双方の名簿を交換した後に登録店舗へメールにてお送りします。
連携医療機関へ連絡する際は、必ず研修修了薬剤師本人が行い、まず最初に「緊急避妊薬販売薬剤師」であることを告げ、店舗名・名前を名乗ってください。（岡山県医師会からの要望）