

「在宅可能薬局」登録申込書

積極的に在宅業務を行う薬局を「在宅可能薬局」として当会ホームページ等にて公開いたします。
ご希望の薬局・現在掲載済の薬局も、下記にご回答の上岡山県薬剤師会事務局までご提出ください。

※「在宅可能薬局」の登録を希望しない場合は提出不要です。

※必須要件（設問 4, 5, 6, 7, 15）を 1 つでも満たさない場合は登録できません。

◆基本情報（記入）

1	薬局名	薬局コード
2	メールアドレス	
3	時間外連絡先	

◆届け出等の状況（いずれかに○） ※全て「有」が必須要件です

4	在宅患者訪問薬剤管理指導の届出	有 ・ 無
5	居宅療養管理指導の指定	有 ・ 無
6	生活保護法の指定介護機関の届出	有 ・ 無

◆サービス内容（いずれかに○） ※設問 7 「可」が必須要件です

7	訪問指導の応需	可 ・ 不可
8	退院時カンファレンスの参加	可 ・ 状況に応じ可 ・ 不可
9	訪問可能な範囲	薬局の近隣 ・ 薬局の周辺 ・ 特に制限なし
10	注射薬の調整設備（クリーンベンチ等）	有 ・ 無 ・ 無菌室共同利用で対応可
11	輸液の調剤経験がある薬剤師	有 ・ 無
12	輸液、経管栄養の対応	可 ・ 応相談 ・ 不可
13	輸液ルート、カテーテルの供給	可 ・ 応相談 ・ 不可
14	麻薬処方せんの対応	可 ・ 不可

※訪問可能な範囲のめやす 近隣：同一小学校区 周辺：同一中学校区

◆公開の希望（いずれかに○） ※「希望する」が必須要件です

15	医療・介護関係者への公表及び当会ホームページでの公開	希望する ・ 希望しない
----	----------------------------	--------------

◆開局日・時間（記入）

月	火	水	木	金	土	日	祝
▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼

◆訪問指導に対応できる曜日・時間（記入）

午前・午後と分けて記入して下さい 例) 9:00～12:00 12:00～19:00

曜日	時 間		曜日	時 間	
月	[]～[]	[]～[]	金	[]～[]	[]～[]
火	[]～[]	[]～[]	土	[]～[]	[]～[]
水	[]～[]	[]～[]	日	[]～[]	[]～[]
木	[]～[]	[]～[]	祝	[]～[]	[]～[]

◆開局日、訪問指導の対応日に関する備考

※ご不明な点がございましたら下記までお問い合わせください。

一般社団法人岡山県薬剤師会 (TEL : 086-222-5424 FAX : 086-225-2645)