

薬局事前相談票

相談日: 令和 年 月 日 (北九州市保健所受付)

相談者	事業者名			
	担当者名	(TEL:)		
相談内容		<input type="checkbox"/> 新設 <input type="checkbox"/> 移転 <input type="checkbox"/> 開設者変更 <input type="checkbox"/> 構造設備変更 <input type="checkbox"/> その他()		
持参書類		<input type="checkbox"/> 地図 <input type="checkbox"/> 平面図 <input type="checkbox"/> 立面図 <input type="checkbox"/> その他()		
薬局の概要	開設者			
	薬局名称		開設時期	
	所在地	北九州市 区		
	建物	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合店舗 <input type="checkbox"/> ビル(階) <input type="checkbox"/> 複数階		
	主な処方箋発行医療機関	(・眼科・耳鼻科)		
	従事薬剤師数	常勤 名	非常勤 名	取扱処方箋数(予定) 枚/日
	一般用医薬品の取扱	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 第1類 <input type="checkbox"/> 指定第2類)		
	兼営事業	<input type="checkbox"/> 薬局製剤 <input type="checkbox"/> 麻薬小売 <input type="checkbox"/> 毒物劇物販売 <input type="checkbox"/> 高度管理医療機器(販売・賃貸) <input type="checkbox"/> 管理医療機器(販売・賃貸)		
	天井、壁、床の構造	<input type="checkbox"/> コンクリート <input type="checkbox"/> タイル <input type="checkbox"/> その他()	調剤室と待合室との区画	<input type="checkbox"/> ガラス扉 <input type="checkbox"/> ガラス窓
	九州厚生局への相談	<input type="checkbox"/> 済(年 月 日) <input type="checkbox"/> 予定(年 月 日) 保険調剤薬局の登録希望日(年 月 日)		
その他	<input type="checkbox"/> 郵便(インターネット・その他) <input type="checkbox"/> 無菌調剤 <input type="checkbox"/> 在宅患者訪問等			

(北九州市保健所記入欄)

対応者()

申請予定日		完成予定日	
調査希望日		許可希望日	

【構造上の主な確認事項】

①薬局の区画	<input type="checkbox"/> 常時居住する場所及び不潔な場所からの区別(隔壁、戸等) <input type="checkbox"/> 他店舗との区別
②面積	<input type="checkbox"/> 薬局19.8m ² 以上 <input type="checkbox"/> 調剤室6.6m ² 以上
③調剤室の区画	<input type="checkbox"/> 他の場所との区別(隔壁、戸等)
④調剤室の構造	<input type="checkbox"/> 冷蔵庫の設置(<input type="checkbox"/> 遮光) <input type="checkbox"/> かぎ付保管庫(<input type="checkbox"/> 毒薬 <input type="checkbox"/> 麻薬) <input type="checkbox"/> 進入防止構造(施錠) <input type="checkbox"/> 調剤室が見渡せる構造 <input type="checkbox"/> 通路とならない構造 <input type="checkbox"/> 給排水設備 <input type="checkbox"/> 調剤に必要な器具・書籍 <input type="checkbox"/> 調剤台(150cm×50cm)
⑤その他	<input type="checkbox"/> 指針、手順書の作成 <input type="checkbox"/> 情報提供設備 <input type="checkbox"/> 第1類医薬品の陳列場所への進入防止措置

医薬品医療機器等法上の問題点	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
----------------	--

備考				
	担当者	係	係長	薬務担当課長