|  |
| --- |
| **送信先：熊本県認知症施策・地域ケア推進課　行****Email： ninchishouke@pref.kumamoto.lg.jp　　/ ＦＡＸ：０９６-３８４-５０５２** |

**在宅医療に取り組む医療機関等の申請書　（新規・変更）**

**１　基本情報**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 薬局名 |  |
| 2 | 所在地 | 〒 |
| 3 | 電話番号 |  |
| 4 | ＦＡＸ番号 |  |
| 5 | メールアドレス |  |
| 6 | 開局日（○をする） | 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 ・ 祝 |
| 7 | 開局時間 |  |
| 8 | 時間外連絡先 |  |
| 9 | 担　　当 | 　　 |
| 10 | 登録（変更）希望日 | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |

**２　届け出等の状況**

**・該当するところに〇をつけてください。**

**・変更申請の場合は、変更した項目のみ〇をつけてください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 9 | 在宅患者訪問薬剤管理指導の届け出 | 有 | 無 |
| 10 | 居宅療養管理指導の指定（取り下げていない場合は有） | 有 | 無 |
| 11 | 生活保護・中国残留邦人等支援法の指定**医療**機関の届け出 | 有 | 無 |
| 12 | 生活保護・中国残留邦人等支援法の指定**介護**機関の届け出 | 有 | 無 |
| 13 | 麻薬小売業の許可 | 有 | 無 |
| 14 | 高度管理医療機器等販売業の許可 | 有 | 無 |

**３　応需体制の状況等について**

（裏面あり）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 15 | 訪問指導の応需 | 可 | **状況に応じ可** | 不可 |
| 16 | 訪問指導の実施実績 | 有（過去1年で　　　　件） | 無 |
| 17 | 訪問指導に対応できる時間 | 随時 | 開局時間のみ | 閉局後 | 応相談 |
| 18 | 退院時カンファレンス参加 | 可 | 状況に応じ可 | 不可 |
| 19 | 退院時カンファレンス実績 | 有（過去1年で　　　　件） | 無 |
| 20 | 退院時共同指導料の請求実績 | 18で｢有｣の場合　　　　　　　　　　　件 |
| 21 | 現在勤務している者の中で訪問指導の経験がある薬剤師数 | 　　　　人 |
| 22 | 訪問可能な範囲 | 薬局の近隣 | 周辺地区 | 特に制限無し |
| 23 | 麻薬の在庫品目数 | 品目 |
| 24 | 麻薬の譲渡グループへの参加 | 有 | 無 |
| 25 | 注射薬の無菌調製（混注） | 可（共同利用も含む） | 不可 |
| 26 | 注射薬の無菌調整（混注）の実績 | 有（過去1年で　　　　件） | 無 |
| 27 | 無菌製剤処理加算の請求実績 | 25で｢有｣の場合　　　　　　　　　　　件 |
| 28 | 輸液ルート、カテーテルの供給実績 | 有（過去1年で　　　　件） | 無 |
| 29 | 特定保険医療材料料の取扱い | 可 | 品目によって可 | 不可 |
| 30 | 医療材料・衛生材料の取扱い | 可 | 品目によって可 | 不可 |

|  |
| --- |
| **特記事項** |

＊ご回答いただいた内容を**熊本県**ホームページ等に掲載してもよろしいですか

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 可 | 不可 | 一部不可（項目：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

ご協力ありがとうございました。