

変 更 届 書

業 務 の 種 別			
許可番号、認定番号又は 登録番号及び年月日		札幌医許可(薬)第 号 年 月 日	
薬局、主たる機能を有する事務所、 製造所、店舗又は 事業所	名 称		
	所在地		
変更内容	事 項	変 更 前	変 更 後
変更年月日		令和 年 月 日	
備 考			

上記により、変更の届出をします。

令和 年 月 日

住所 (法人にあっては、主
たる事務所の所在地)

氏名 (法人にあっては、名
称及び代表者の氏名)

(あて先) 札幌市保健所長

連絡先： 電話

担当者

○営業日及び営業時間

	営業時間（開店時間＋特定販売のみを行う時間）		開店時間（実店舗が開局・開店している時間）	
			□営業時間と同じ □営業時間と異なる →営業時間と異なる場合は下表に記載	
月曜日	： ～ ：	時間	： ～ ：	時間
火曜日	： ～ ：	時間	： ～ ：	時間
水曜日	： ～ ：	時間	： ～ ：	時間
木曜日	： ～ ：	時間	： ～ ：	時間
金曜日	： ～ ：	時間	： ～ ：	時間
土曜日	： ～ ：	時間	： ～ ：	時間
日曜日	： ～ ：	時間	： ～ ：	時間
備考	（医薬品以外を販売する時間がある場合は記載すること。）			

	特定販売を行う時間		特定販売のみを行う時間	
	□無 □有→下表に記載		□無 □有→下表に記載	
月曜日	： ～ ：	時間	： ～ ：	時間
火曜日	： ～ ：	時間	： ～ ：	時間
水曜日	： ～ ：	時間	： ～ ：	時間
木曜日	： ～ ：	時間	： ～ ：	時間
金曜日	： ～ ：	時間	： ～ ：	時間
土曜日	： ～ ：	時間	： ～ ：	時間
日曜日	： ～ ：	時間	： ～ ：	時間
備考				

※□については該当するものにレ点をつけること。

※一般用医薬品の特定販売を行う場合は、開店時間の一週間の総和が 30 時間以上であり、そのうち深夜（午後 10 時～午前 5 時）以外の開店時間の一週間の総和が 15 時間以上であることを目安とすること。

○1 週間の総時間数

営業時間の 1 週間の総和		時間
開店時間の 1 週間の総和		時間
要指導医薬品を販売し、又は授与する開店時間の 1 週間の総和		時間
第 1 類医薬品を販売し、又は授与する開店時間の 1 週間の総和		時間
一般用医薬品を販売し、又は授与する開店時間の 1 週間の総和		時間

※営業時間及び開店時間の一週間の総和は、上の営業日及び営業時間の表における、それぞれの月曜から日曜までの時間の総和を記載すること

（注）この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

取り扱う医薬品の区分及び特定販売の方法

○取り扱う医薬品の区分

	薬局、店舗において 販売する医薬品	特定販売を行う 医薬品
薬局医薬品（調剤された薬剤、薬局製造 販売医薬品を除く。）	有 ・ 無	/
薬局製造販売医薬品（毒薬及び劇薬であ るものを除く。）	有 ・ 無	有 ・ 無
要指導医薬品	有 ・ 無	/
第 1 類医薬品	有 ・ 無	有 ・ 無
指定第 2 類医薬品	有 ・ 無	有 ・ 無
第 2 類医薬品（指定第 2 類医薬品を除 く。）	有 ・ 無	有 ・ 無
第 3 類医薬品	有 ・ 無	有 ・ 無

※ 「有・無」については該当するものに○をつけること。

○特定販売の方法

特定販売を行う際に使用する 通信手段	☐ インターネット ☐ 電子メール ☐ カタログ ☐ 電話 ☐ 折込チラシ ☐ F A X ☐ その他（ ）	
特定販売の広告に薬局又は店 舗の名称と異なる名称の表示	無 ・ 有	＜名称＞
特定販売の広告にインターネ ットを利用する場合の主たる ホームページアドレス	※ 複数ある場合は全て記載すること。 閲覧時に必要なパスワード 無 ・ 有 （ I D : パスワード : ）	
特定販売の広告にインターネ ットを利用する場合の主たる ホームページの構成の概要	別紙のとおり	
行政による監督のための設備 の概要	※ 特定販売のみを行う時間がある場合のみ ☐ 行政が指定した画像を電送できる設備 ☐ その他（ ）	

※ 「無・有」については該当するものに○をつけ、有の場合は右側又は下にその内容を記載すること。

※ ☐については、該当するもの全てにレ点をつけること。

※ 主たるホームページの構成の概要を示した書類として、以下の内容が分かる書類を添付すること。また、カタログ等を用いて特定販売を行う場合も、同様にその概要が分かる資料を提出すること。

- ・ ホームページのトップページ ・ 医薬品の表示内容（個別の販売ページ、医薬品一覧、検索結果等）
- ・ 薬局又は店舗の管理及び運営に関する事項
- ・ 要指導医薬品及び一般用医薬品の販売に関する制度に関する事項
- ・ 薬局又は店舗の主要な外観の写真など、医薬品医療機器等法施行規則別表第 1 の 3 に掲げる事項

（注）この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

健康サポート薬局の表示に係る届出の添付書類チェックリスト

本薬局が、健康サポート薬局に関して厚生労働大臣が定める基準に適合するものであることを明らかにする書類として、下記の書類を添付します。

※添付する以下の書類が揃っていることを確認し、□にレ点をつけてください。

※添付する資料には、わかりやすいところに1～3ページ目の左列に書かれた番号を記入してください。

※（＊）が書かれている項目11、13、21、22については、別添様式（4～6ページ）に記入してください。

【かかりつけ薬局の基本的機能関連】

1	☐	薬局の業務実態を踏まえて、以下の事項に関することを記載した、体制省令第1条第2項第3号の規定に基づく手順書 ア 患者がかかりつけ薬剤師を選択できることとし、かかりつけ薬剤師が薬剤に関する情報提供・指導等を一元的・継続的に行うこと。 イ 患者がかかりつけ薬剤師を選択した際、その旨及び選択した薬剤師が分かるよう薬剤服用歴に記録しておくこと。 ウ 患者が現在受診している医療機関を全て把握するよう取り組むこと。 エ 患者に使用された医薬品・服用している医薬品の一元的・継続的な把握に取り組むこと。 オ 患者に対し残薬確認、残薬解消、残薬発生の原因聴取とその対処に取り組むこと。 カ 毎回、患者に服薬状況や体調変化を確認し、新たな情報や薬剤服用歴の記録を参照した上で、必要に応じて確認・指導内容を見直し、患者の理解度等に応じて薬剤に関する情報提供・指導等を実施するよう取り組むこと。 キ 患者に対し、お薬手帳の意義及び役割等を説明するとともに活用を促すこと。 ク お薬手帳利用者に、適切な利用方法を指導すること（医療機関・薬局への提示、体調の変化等の記録、自身で購入した薬の記入等）。 ケ お薬手帳の複数冊所持者に対し、お薬手帳の集約に努めること。 コ 初回来局時等に薬剤師の基本的な役割の周知やかかりつけ薬剤師・薬局の意義、役割等の説明を行い、かかりつけ薬剤師・薬局を持つよう促すこと。 サ 開店時間外の電話相談等にも対応すること。かかりつけ薬剤師を持つ患者からの電話相談等に対しては当該薬剤師（かかりつけ薬剤師が対応できない時間帯がある場合には当該かかりつけ薬剤師と適正に情報共有している薬剤師を含む。）が対応すること。 シ 医療機関に対して、患者の情報に基づいて疑義照会を行い、必要に応じ、副作用等の情報提供、処方提案に適切に取り組むこと。 ス 上記のウ～カ、コ～シの実施に関して、薬剤服用歴に記載すること。
2	☐	薬局に従事する薬剤師の氏名、勤務日及び勤務時間を示した勤務表の提示状況が確認できる書類
3	☐	お薬手帳の意義、役割及び利用方法の説明又は指導のための適切な資料
4	☐	かかりつけ薬剤師・薬局の意義及び役割等の説明のための適切な資料
5	☐	以下の事項を記載した、事前に患者等に対して説明し交付するための文書 ア 薬局の薬剤師に24時間直接相談できる連絡先電話番号等 イ 緊急時の注意事項等（近隣の薬局との連携体制の構築している場合は、その薬局の所在地、名称、連絡先等電話番号等を含む。）
6	☐	直近1年間の薬剤服用歴の記録や薬学的管理指導計画書の写し等の在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績が確認できる書類
7	☐	医療機関に対して情報提供する際の文書様式

（注）この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

【健康サポート機能関連(1)】

8	☐	薬局の業務実態を踏まえて、以下の事項に関することを記載した健康サポートを実施する上での業務に係る手順書 ア 要指導医薬品等及び健康に関する相談に適切に対応した上で、そのやり取りを通じて、必要に応じ医療機関への受診勧奨を行うこと。 イ 健康に関する相談を受けた場合は、かかりつけ医等の有無を確認し、かかりつけ医がいる場合等には、かかりつけ医等に連絡を取り、連携して相談に対応すること。特に、要指導医薬品等による対応が困難であることが疑われる場合などには、受診勧奨を適切に実施すること。 ウ 健康の保持増進に関する相談に対し、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所及び訪問看護ステーション、健康診断や保健指導の実施機関、市区町村保健センター等の行政機関、介護予防・日常生活支援総合事業の実施者等の地域の連携機関を薬局利用者に紹介するよう取り組むこと。 エ 上記ア～ウに基づき受診勧奨又は紹介を行う際、必要な情報を紹介先の医療機関その他の連携機関に紹介文書により提供すること。 オ 以下のような場合に受診勧奨すること。 ・医師の診断がなされている場合に、医師の指示に従わずに受診していないことが判明した場合 ・かかりつけ医がいるにもかかわらず、一定期間受診していないことが判明した場合 ・定期健診その他必要な健診を受診していないことが判明した場合 ・状態が悪い場合など要指導医薬品等による対応が困難であることが疑われる場合 ・要指導医薬品等を使用した後、状態の改善が明らかでない場合 カ 要指導医薬品等又は健康食品等に関する相談に対し、薬局利用者の状況や当該品目の特性を十分に踏まえた上で、専門的知識に基づき説明すること。
9	☐	以下の事項を満たした医療機関その他の連携機関先のリスト ア 地域における医療機関、地域包括支援センター、介護事業所、訪問看護ステーション、健康診断等の実施機関、市区町村保健センター及び介護予防・日常生活支援総合事業の実施者が含まれていること。 イ 医療機関その他の連携機関の名称、住所及び連絡先（電話番号、担当者名等）が記入できる様式であること。
10	☐	以下の事項を記載できる連携機関に対する紹介文書 ア 紹介先に関する情報 イ 紹介元の薬局・薬剤師に関する情報 ウ 紹介文書を記載した年月日 エ 薬局利用者に関する情報 オ 相談内容及び相談内容に関わる使用薬剤等がある場合にはその情報 カ 薬剤師から見た紹介理由 キ その他特筆すべき事項
11	☐	地域の薬剤師会と密接な連携を取り、地域の行政機関及び医師会、歯科医師会、薬剤師会等が実施又は協力する健康の保持増進その他の各種事業等への参加実績又は参加予定が確認できる資料（※別紙）
12	☐	有効な健康サポート薬局に係る研修の研修修了証の写し ※原本を持参し、保健所職員の原本照合を受けること。

（注）この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

【健康サポート機能関連(2)】

13	☐	研修修了薬剤師の勤務体制が確認できる資料（＊別紙）
14	☐	個人情報に配慮した相談窓口を設置していることが確認できる写真等の資料
15	☐	薬局の外側に掲示予定のもの（健康サポート薬局、要指導医薬品等に関する助言や健康に関する相談を積極的に行っている旨）が確認できる資料
16	☐	薬局の中で提示予定のもの（実施している健康サポートの具体的な内容）が確認できる資料
17	☐	要指導医薬品等の備蓄品目を薬効群毎に分類したリスト
18	☐	衛生材料及び介護用品等の備蓄品目リスト
19	☐	開店している営業日及び営業時間が確認できる書類（市様式 通常の営業日及び営業時間）
20	☐	要指導医薬品等及び健康食品等に関する助言や健康に関する相談に対応した対応内容の記録の様式が確認できる資料
21	☐	積極的な健康サポートの取組等の実績が確認できる資料（＊別紙）
22	☐	薬局において取組を発信していること等の実績が確認できる資料（＊別紙）
23	☐	国、地方自治体、関連学会等が作成する健康の保持増進に関するポスターの掲示やパンフレットの配布が確認できる資料

（注）この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

【(※) の事項】

- 11 地域の薬剤師会と密接な連携を取り、地域の行政機関及び医師会、歯科医師会、薬剤師会等が実施又は協力する健康の保持増進その他の各種事業等への参加実績又は参加予定が確認できる資料

事業名				主催者		
日時	平成	年	月	日	場所	
	:	~	:			
参加人数				人	添付資料	☐ 有 ☐ 無
事業概要						
薬剤師の参加内容						

事業名				主催者		
日時	平成	年	月	日	場所	
	:	~	:			
参加人数				人	添付資料	☐ 有 ☐ 無
事業概要						
薬剤師の参加内容						

(注) この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

13 研修終了薬剤師の勤務体制が確認できる資料

No	氏 名	勤 務 時 間 (曜 日) 始 業 時 間 ～ 終 業 時 間	週 当 たり 勤 務 時 間 数	修 了 証 照 合 欄
1		() : ~ : () : ~ :	時間	
2		() : ~ : () : ~ :	時間	
3		() : ~ : () : ~ :	時間	
4		() : ~ : () : ~ :	時間	

開局時間及びそれぞれの研修終了薬剤師が勤務する時間を塗りつぶしてください。
休憩等で薬局に不在となる時間は塗りつぶさないでください。

時間表		2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22
月	開局											
	薬剤師 1											
	薬剤師 2											
	薬剤師 3											
	薬剤師 4											
火	開局											
	薬剤師 1											
	薬剤師 2											
	薬剤師 3											
	薬剤師 4											
水	開局											
	薬剤師 1											
	薬剤師 2											
	薬剤師 3											
	薬剤師 4											
木	開局											
	薬剤師 1											
	薬剤師 2											
	薬剤師 3											
	薬剤師 4											
金	開局											
	薬剤師 1											
	薬剤師 2											
	薬剤師 3											
	薬剤師 4											
土	開局											
	薬剤師 1											
	薬剤師 2											
	薬剤師 3											
	薬剤師 4											
日	開局											
	薬剤師 1											
	薬剤師 2											
	薬剤師 3											
	薬剤師 4											

(注) この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

21 積極的な健康サポートの取組等の実績が確認できる資料

取組名				添付資料	☐ 有 ☐ 無
日時	平成 年 月 日 : ~ :	場所		参加人数	人
取組概要					

取組名				添付資料	☐ 有 ☐ 無
日時	平成 年 月 日 : ~ :	場所		参加人数	人
取組概要					

22 薬局において取組を発信していること等の実績が確認できる資料

取組の種類	☐ 地域薬剤師会等での発表 ☐ 薬剤師会広報誌への掲載 ☐ 学会への発表 ☐ 学術論文の投稿		☐ 健康増進関連情報のホームページにおける情報発信 ☐ 地域の住民向け広報誌等の様々な媒体を活用した情報発信 ☐ その他 ()	
取組概要				

取組の種類	☐ 地域薬剤師会等での発表 ☐ 薬剤師会広報誌への掲載 ☐ 学会への発表 ☐ 学術論文の投稿		☐ 健康増進関連情報のホームページにおける情報発信 ☐ 地域の住民向け広報誌等の様々な媒体を活用した情報発信 ☐ その他 ()	
取組概要				

(注) この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

遅 延 理 由 書

令和 年 月 日

(あて先) 北 海 道 知 事
札幌市保健所長

住 所 (法人にあっては、主
たる事務所の所在地)

氏 名 (法人にあっては、名
称及び代表者の氏名)

_____を_____し、_____日以内に届出

をすべきところ、_____遅延いたしました。

以後、このようなことのないよう十分注意いたします。