

「年末・年始発熱患者受入保険薬局」指定に関する調査票

1. 指定に関する意向（いずれかに○をつけて下さい）

ア、「年末・年始発熱患者受入保険薬局」の指定を受けたい → 以下の2～4に記載してください

イ、「年末・年始発熱患者受入保険薬局」の指定を受けるつもりはありません → 以下の2～3に記載してください

2. 薬局開設者

薬局開設者氏名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)	
---------------------------------	--

3. 薬局の基本情報

薬局名 ※1	郵便番号	所在地	電話番号	FAX	保険医療 機関番号 ※2	担当者 氏名

4. 調査事項

メールアドレス	指定要件 ※3 1～6すべてに○がない薬局は指定されません						いずれかを記載		時間外対応連絡先 ※4	パキロビット 登録薬局 (登録してい る場合は○)
	1	2	3	4	5	6	24時間対応可能 (可能な場合は ○)	時間外対応可能時 間		

年末・年始の開局状況 ※5

12月29日		12月30日		12月31日		1月1日		1月2日		1月3日		特記事項
開始	終了	開始	終了	開始	終了	開始	終了	開始	終了	開始	終了	
(例)10:00	13:00	10:00	13:00	10:00	13:00	10:00	13:00	休	休	10:00	13:00	
(例)15:00	18:00	15:00	18:00	15:00	18:00	15:00	18:00	休	休	15:00	18:00	

<記入上の留意点>

※1 「薬局名」：許可証に記載してある正式名称を記入してください（例：○○薬局△△店）。

※2 「保険医療機関番号」：半角のみで記入してください（ハイフン等の記号なし）。

※3 「指定要件」：令和4(2022)年12月29日から令和5(2023)年1月3日まで、次の指定要件に合致する見込みがある場合は「○」を選択してください。

1 地域の医療機関と連携し、発熱患者等の調剤を積極的に受け入れる体制が整備されている。

2 発熱患者と発熱していない患者等と動線を分ける、個室（隔離室）や屋外テント等専用スペースが確保されている、ドライブスルーや駐車場に対応する等、十分な感染対策を講じている。

3 薬局の従業員に対する感染対策を講じている。

4 1日4時間以上開局（常駐）し、かつ24時間又は時間外の処方箋応需等、薬局の開局時間外であっても発熱患者の対応が可能である。

5 ラゲブリオ（新型コロナウイルス治療薬）が処方された場合であっても、自局で対応または地域の薬局に協力要請する等、迅速に対応できる体制が整備されている。

6 県ホームページに掲載することに同意する。

※4 「時間外対応連絡先」：医療機関や患者から開局時間外に発熱患者への対応について周知する連絡先となりますので、時間外に調剤応需可能な電話番号を記入してください。

※5 「年末・年始の開局状況」：開局する時間帯を、各日付ごとに記入してください。