薬局事前相談票

提出日：令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 相談者名(事業者名) |  | 連絡先 | 担当者名：　TEL　（　　　　）　　　　－　　　　　 |
| 相談内容 | [ ] 新設　[ ] 移転　[ ] 営業者変更　[ ] 構造設備変更　[ ] その他(　　　　　　　　　　　　　　) |
| 持参書類 | [ ] 付近の見取図　[ ] 配置図　[ ] 平面図　[ ] その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ) |
| 薬局の状況 | 開設者氏名(法人の場合は名称) |  | (法人の場合は代表者)[ ] 薬剤師　[ ] 非薬剤師 |
| 薬局の名称(予定) |  |
| 所在地 | 神戸市　　　　区 | (ビル名階・号室) |  |
| 用途地域(　　　　　　　　　　　　　　　　　)　　　　　　　　　　臨港地区・緑地保全地区 |
| 建物 | [ ] ビル(　　　階建ての　　　階)　 [ ] 店舗内店舗(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)[ ] 独立建物　[ ] 住居併設　[ ] その他(　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 無菌調剤([ ] 無菌調剤室　[ ] ｸﾘｰﾝﾍﾞﾝﾁのみ　[ ] 共同利用(利用先：　　　　　　　　　　　　　　　　　　))[ ] 医薬品保管庫　[ ] 検体測定室　[ ] 薬剤師不在時間[ ] 健康サポート薬局　[ ] 特定販売([ ] ｲﾝﾀｰﾈｯﾄ　[ ] 電話　[ ] その他(　　　　　　　　　　　　)) |
| (取扱/許可) [ ] 麻薬　[ ] 高度管理医療機器販売業・貸与業　[ ] 毒物劇物販売業　[ ] 卸売販売業[ ] 薬局製剤　[ ] 要指導・第1類　[ ] 第2類・第3類 |
| 薬局勤務薬剤師数(予定) | 　　　　　　　　　名 | 取扱予定処方箋枚数 | 　　　　　　　　枚/日 |
| 近畿厚生局への相談 | [ ] 済（[ ] 遡及可　[ ] 遡及対象外）　　[ ] 予定 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請予定日月　　　日完成予定日月　　　日調査希望日月　　　日許可証交付希望日月　　　日調剤開始希望日月　　　日 |  | (神戸市保健所記入欄)薬機法上の問題点　□無　□有（問題点：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）《構造上の主な確認事項》①明らか外観　　　□容易な立入②店舗の区画　　　□常時居住する場所及び不潔な場所からの区別③調剤室との区画　□天井までの到達壁（室構造）④面積　　　　　　□店舗全体19.8㎡以上　　　□調剤室6.6㎡以上⑤調剤室の構造　　□通路とならない構造　　　 □進入防止構造　　　　　　　　　□見通し　　　□冷暗所　　 □天井、床、壁の構造等　　　　　　　　　□鍵のかかる貯蔵設備(□麻薬金庫　□毒薬庫　□向精神)　　　　　　　　　□換気扇　　　□給水栓、ガス、電気等設備の設置⑥医薬品販売場所(待合室を含む)の構造　　　　　　　　　□医薬品が対面販売できる構造　　　　　　　　　□要指導・第1類医薬品陳列設備への侵入防止措置⑦その他　　　　　□薬局の閉鎖設備(店舗内薬局等)(□鍵　□ｼｬｯﾀｰ　□ｶｰﾃﾝ)　　　　　□更衣場所《説明事項》□看板等(案添付)　　□安全管理指針・業務手順書、器具・書籍□給水器(珈琲等不可) |
|  |
| （備　考）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 課長 | 係長 | 担　当 |
|  |  |  |

　 |