



**【無菌調剤室の設置等】**

無菌調剤室※ <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	無菌調剤室の提供	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有
無菌調剤室を提供する場合、以下の要件を満たしている※ <sup>1</sup> 。右列の□にレ点を入れる等して分かるよう記載すること。			
他と仕切られた専用の部屋である			<input type="checkbox"/>
室内の空気清浄度について、無菌製剤処理を行う際に、常時 ISO14644-1 に規定するクラス 7 以上を担保できる設備である			<input type="checkbox"/>
その他無菌製剤処理を行うために必要な器具、機材等を十分に備えている			<input type="checkbox"/>
他薬局の無菌調剤室の利用※ <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	利用薬局の名称	
		利用薬局の許可番号	
		利用薬局所在地	

※<sup>1</sup> 自らの薬局で無菌調剤室を保有している場合に「有」を選択すること。

※<sup>2</sup> 他薬局の無菌調剤室の利用の「無・有」については、自ら無菌調剤室を保有しない薬局であって、他薬局の無菌調剤室を共同利用する場合に「有」を選択し、無菌調剤室を提供する他薬局の名称及び所在地を記入すること。

**【陳列設備等】**

情報提供するための設備	[ ] か所	2以上の階に医薬品を陳列・交付する場所がある場合、以下に内訳を記載 内訳： _____階 _____カ所、_____階 _____カ所
薬局製造販売医薬品の取扱の有無及び陳列設備	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 進入防止措置（薬局製造販売医薬品陳列設備から 1. 2 m 以内） <input type="checkbox"/> 鍵をかけた陳列設備 <input type="checkbox"/> 直接手の触れられない陳列設備 <input type="checkbox"/> 陳列せずに貯蔵のみ（貯蔵場所を具体的に記入） { _____ }
要指導医薬品の取扱の有無及び陳列設備	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 進入防止措置（要指導医薬品陳列設備から 1. 2 m 以内） <input type="checkbox"/> 鍵をかけた陳列設備 <input type="checkbox"/> 直接手の触れられない陳列設備 <input type="checkbox"/> 陳列せずに貯蔵のみ（貯蔵場所を具体的に記入） { _____ }
第一類医薬品の取扱の有無及び陳列設備	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 進入防止措置（第一類医薬品陳列設備から 1. 2 m 以内） <input type="checkbox"/> 鍵をかけた陳列設備 <input type="checkbox"/> 直接手の触れられない陳列設備 <input type="checkbox"/> 陳列せずに貯蔵のみ（貯蔵場所を具体的に記入） { _____ }
指定第二類医薬品の取扱の有無及び陳列設備	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 情報提供設備から 7 m 以内 <input type="checkbox"/> 進入防止措置（指定第二類医薬品陳列設備から 1. 2 m 以内） <input type="checkbox"/> 鍵をかけた陳列設備

**【医薬品販売に関する構造設備】**

薬局製造販売医薬品、要指導医薬品又は一般用医薬品を販売しない時間帯の有無及び陳列・交付場所の閉鎖構造※ <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> シャッター <input type="checkbox"/> パーティション <input type="checkbox"/> チェーン <input type="checkbox"/> その他（下の欄に具体的に記入） { _____ }
薬局製造販売医薬品を販売しない時間帯の有無及び薬局製造販売医薬品陳列区画の閉鎖構造※ <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> シャッター <input type="checkbox"/> パーティション <input type="checkbox"/> チェーン <input type="checkbox"/> その他（下の欄に具体的に記入） { _____ }
要指導医薬品を販売しない時間帯の有無及び要指導医薬品陳列区画の閉鎖構造※ <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> シャッター <input type="checkbox"/> パーティション <input type="checkbox"/> チェーン <input type="checkbox"/> その他（下の欄に具体的に記入） { _____ }
第一類医薬品を販売しない時間帯の有無及び第一類医薬品陳列区画の閉鎖構造※ <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> シャッター <input type="checkbox"/> パーティション <input type="checkbox"/> チェーン <input type="checkbox"/> その他（下の欄に具体的に記入） { _____ }

□については、該当するものにレ点をつける等して分かるよう記載すること。

※<sup>1</sup> 当該医薬品の取扱いがない場合には記入は不要

【図面】

作成日 年 月 日

