

公印省略

4 薬 第 3 0 3 9 号
令和 5 年 1 月 1 3 日

公益社団法人福岡県薬剤師会会長 殿

福 岡 県 保 健 医 療 介 護 部 長
(薬務課監視係・新型コロナウイルス感染症対策本部事務局薬務班)

「自宅療養者等にかかる「処方箋対応薬局」に関する登録票」について

本県の薬務行政の推進につきましては、日頃から御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、今般、「新型コロナウイルス感染症における経口抗ウイルス薬（パキロビッド®パック）の医療機関及び薬局への配分について（別紙、質疑応答集の改正）」（令和4年12月28日4薬第323号－4福岡県保健医療介護部長通知）により、パキロビッド対応薬局の登録方法を変更したことに伴い、新型コロナウイルス感染症の自宅療養者の処方箋に対応可能な薬局（以下「処方箋対応薬局」という。）の登録に用いる登録票を別紙のとおり変更しましたのでお知らせします。

つきましては、下記について、貴会会員へ周知いただくようお願いします。

なお、本通知は令和5年1月13日から適用することとし、「自宅療養者等にかかる「処方箋対応薬局」又は「経口治療薬の対応薬局」に関する登録票」の変更について」（令和4年12月9日4薬第1771号薬務課長通知）については、同日付で廃止します。

記

1 処方箋対応薬局の登録について

「処方箋対応薬局」の登録を受けていない薬局にあつては、新型コロナウイルス感染症の自宅療養者等への治療薬提供体制強化のため、「処方箋対応薬局」に、可能な限り登録されるようお願いします。

2 処方箋対応薬局の公表について

処方箋対応薬局については、「公表不可」の薬局を除いてリスト化し、県及び県薬剤師会のホームページで公表しております。患者にとって分かりやすい情報発信を行う観点から、特段の支障がない場合は、公表に御協力をいただきますようお願いいたします。

現在「公表不可」としており、今後、公表可に変更される薬局におかれましては、以

下の3により登録内容の変更手続きをお願いします。

3 上記1、2にかかる手続きの方法等について

(1) 手続きの方法

処方箋対応薬局の新規登録又は登録内容の変更を行う場合、別添の「自宅療養者等にかかる「処方箋対応薬局」に関する登録票」に記入の上、以下(2)の提出先に提出してください。

(2) 申出書の提出先(原則、メールによる送付をお願いします。)

送付先：福岡県保健医療介護部薬務課 宛て

メール：covid-pharm@pref.fukuoka.lg.jp

FAX：092-643-3305

(3) 手続きの時期

随時提出可能(登録完了までに数日かかる場合がありますので、御了承ください)

=== 問合せ先 ===

- ・処方箋対応薬局に関すること

福岡県保健医療介護部薬務課監視係

TEL 092-643-3285

- ・経口治療薬の対応薬局に関すること

福岡県新型コロナウイルス感染症対策本部事務局薬務班

TEL 092-643-3759

自宅療養者等にかかる「処方箋対応薬局」に関する登録票

1 薬局情報を入力してください(入力必須)

薬局名				保険機関コード(10桁)	
郵便番号			所在地		
薬局連絡先	TEL		FAX		メール

2 登録内容を網掛セルに「○」で選択してください。

	新規登録	変更登録(登録内容の変更)	登録を削除する
処方箋対応薬局	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※連絡事項: **いずれの欄も空欄となっています。今回の登録内容について、「○」で選択してください。**

3-1 薬局の営業情報を入力してください(新規登録は全ての欄、変更登録は変更する欄のみ入力)

管理薬剤師氏名			
貴薬局の営業時間	月		(直接入力 記入例)9:00~18:00)
	火		
	水		
	木		
	金		
	土		
	日・祝		
県薬剤師会会員の別 (会員の場合)地区薬剤師会名	(プルダウンメニュー)		

3-2 「処方箋対応薬局」の手続きの場合、次の欄に入力してください(新規登録は全ての欄、変更登録は変更する欄のみ入力)

- ① 営業時間中の対応可否: (プルダウンメニュー)
- ② ①以外の時間(休日・夜間)の対応可否: (プルダウンメニュー)
- ③ ①②で対応可の場合の薬剤の配達方法:
- | | |
|-------------|--------------------------|
| 薬局スタッフによる配達 | <input type="checkbox"/> |
| 配送業者による配送 | <input type="checkbox"/> |
- (可能なものに○)
- ④ 県庁HP、県薬剤師会HPへの公表の可否: (プルダウンメニュー)
- ⑤ 自宅療養者の対応に関し、特記事項があれば記載してください。(休日・夜間の連絡先電話番号等)
-

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

自宅療養者等にかかる「処方箋対応薬局」に関する登録票

記載例

1 薬局情報を入力してください(入力必須) 7桁の郵便番号(ハイフン必要)を入力してください。“〒”マークは自動で表示されます

薬局名				保険機関コード(10桁)	40*****
郵便番号	〒812-8577	所在地	福岡市博多区東公園7-7		
薬局連絡先	TEL 092-643-3285	FAX 092-643-3305	メール	yakumu@pref.fukuoka.lg.jp	

2 登録内容を網掛セルに「○」で選択してください。

	新規登録	変更登録(登録内容の変更)	登録を削除する
処方箋対応薬局	<input type="radio"/> 3-1と3-2を入力してください。		<input type="radio"/> 以下の入力は不要です。

※連絡事項: **登録内容が複数選択されています。新規・変更・削除のいずれか1つのみ選択してください。**

3-1 薬局の営業情報を入力してください(新規登録は全ての欄、変更登録は変更する欄のみ入力)

管理薬剤師氏名	福岡 太郎	貴 薬 局 の 営 業 時	月	9:00~18:00	(直接入力 記入例)9:00~18:00)
県薬剤師会会員の別	会員 <small>(プルダウンメニュー)</small>		火	9:00~18:00	
(会員の場合)地区薬剤師会名	福岡市 <small>(プルダウンメニュー)</small>		水	9:00~18:00	
			木	9:00~18:00	
			金	9:00~18:00	
			土	9:00~13:00	
			日・祝	休み	

県薬剤師会会員の場合は、地区名(薬局の所属する地区)を選択してください。

3-2 「処方箋対応薬局」の手続きの場合、次の欄に入力してください(新規登録は全ての欄、変更登録は変更する欄のみ入力)

- ① 営業時間中の対応可否: 対応可 or 対応不可 (プルダウンメニュー)
 - ② ①以外の時間(休日・夜間)の対応可否: (プルダウンメニュー)
 - ③ ①②で対応可の場合の薬剤の配達方法: (可能なものに○)
 可能な限り、「不可」としないでください。県庁HP、県薬剤師会HPへの掲載を希望されない場合は「不可」を記入してください。
 - ④ 県庁HP、県薬剤師会HPへの公表の可否: (プルダウンメニュー)
 - ⑤ 自宅療養者の対応に関し、特記事項があれば記載してください。(休日・夜間の連絡先電話番号等)
-

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。