非会員薬局用

以下内容の【　】内を埋め（可・要問合せ・不可と○×は選択）、

メールにてご提出ください。

管理薬剤師【　】

薬局名【　】

所在地【〒　】

連絡先電話番号（開局時間中）【】

開局時間【　】

定休日【　】

高度医療機器【可・要問合せ・不可】

麻薬処方箋【可・要問合せ・不可】

毒劇物取扱【可・要問合せ・不可】

時間外（夜間・休日）の緊急時対応【〇×】

時間外連絡先【　】

夜間・休日調剤当番等への参加【〇×】

在宅訪問の実施【〇×】

在宅患者に対応可能な時間帯【　　　】

医療用麻薬の取り扱い（注射薬取り扱い含む）【〇×】

医療材料・衛生材料の取り扱い【〇×】

無菌製剤処理の対応【〇×】

中心静脈栄養の対応【〇×】

医療用麻薬の持続注射療法の対応【〇×】

小児在宅の対応【〇×】

第二種協定指定医療機関の指定【〇×】

オンライン服薬指導の実施の可否【〇×】

要指導医薬品・一般医薬品【品目数】

新型コロナウィルス抗原定性検査キット取り扱い【〇×】

緊急避妊薬の取り扱い【〇×】

オンライン診療に伴う緊急避妊薬調剤【〇×】