

実習施設の概要（薬局）の記入例

実習施設の概要(薬局)

返信日を記入

〇〇年 〇月 〇日

施設コード	13-A013-000		エリア名：渋谷区（JPA）		都県名：東京都			
施設名	〇〇薬局〇〇店							
	旧施設名等：		旧エリア等：					
所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇		都県名		所在地-1（番地まで）			
					所在地-2（ビル名等）			
TEL	03-3797-3035		薬剤師数	常勤名	認定指導	常勤名		
				非常勤名	薬剤師数			
実習窓口責任者名	蒔家 八耕		管理者名：志部谷 妃刈恵	開設者	日本薬剤師研修センター登録番号(認定実務実習指導薬剤師ID)を記入。年度内に受講予定の場合はその旨を記入する。			
認定指導薬剤師責任者名	志部谷 妃刈恵		(認定No.	12345678				
代表的疾患の実習[可否]	がん	高血圧	糖尿病	心疾患	脳血管障害	精神神経疾患	免疫・アレルギー疾患	感染症
	○	○	○	○	×	×	×	○
参加・体験できない実習内容	学校薬剤師業務 代表的疾患に用いられる薬剤を使用する患者の薬学的管理(情報収集・提供、処方解析、効果・副作用のモニタリング等)の参加・体験実習 回答:可「1」						全薬剤師の実務実習への積極的な参加[有無]	
							○	
実施業務内容[有無]	1.かかりつけ薬剤師・薬局の機能	2.在宅医療業務実施	3.学校薬剤師業務実施	4.地域活動 □災害医療 ■認知症サポート □地域健康フェア □他:記載()		5.備考:学校薬剤師は他協力薬局(〇〇薬局〇〇店)にて対応		
	○	○	○	○				
障害のある学生の受入[可否]	車イス		聴覚障害者		その他：聴覚障害者手話のみによる対応			
	×		○					

実習生が車イスを使用できる施設は「○」
聴覚障害のある実習生に対応できる施設は「○」

災害医療等の項目にチェックする。
それ以外は、他に記載する。