

《訂正する箇所のみ赤ペンで記入し、変更のない箇所には記入しないでください》

**変更がない場合は返信不要です**

※本調査は東京都が医療機関を公表する【ひまわり】とは異なる品川区独自の事業として行うものです。

訂正内容（赤ペンで記入。選択回答の場合正しい内容を○で囲む）			
所属薬剤師会	品川地区 / 荏原地区 / 所属なし		
(ふりがな) 貴薬局名			
(ふりがな) 管理者名			
所在地	〒  *ビル名、号室等まで正確にご記入を。		
自施設の駐車場の有無 (○は1つ)	あり / なし		
電話番号		FAX 番号	
ホームページ URL			
電子メールアドレス			
生保対応の可否	対応あり / 対応なし	麻薬処方への対応	対応あり / 対応なし
一包化薬の可否	対応あり / 対応なし	輸液経管栄養剤への対応	対応あり / 対応なし
特定保健医療材料の取扱い	取扱いあり / 取扱いなし	衛生材料の取扱い	取扱いあり / 取扱いなし
24 時間対応 (○はいくつでも)	対応なし / 24 時間開局 / 24 時間電話対応* ※24 時間電話対応のTel ( )  ◆緊急時のTelは、区内医療機関等にのみ公開となります。		
対応外国語 (○はいくつでも)	英語 / 中国語 / 韓国語 その他 ( )		
貴施設の得意領域及びPRポイント等 (250 字以内)  クレジットカード以外の決済方法対応についてはこちらにご記入ください			

来店時のバリアフリー対応 (○はそれぞれ1つ)	道路から待合室までの車椅子移動	できる / できない
	トイレ内の手すり	あり / なし
	トイレ内での車椅子移動	できる / できない
	洋式トイレ	あり / なし

健康サポート薬局の届出の有無	あり / なし
学校薬剤師の有無	いる / いない
地域支援体制加算の有無	あり / なし
電子お薬手帳の対応	対応あり / 対応なし
クレジットカード決済の可否	対応あり / 対応なし
在宅対応の可否	対応あり / 対応なし
スポーツファーマシストの在籍の有無	いる / いない
営業時間外の疑義照会 (○は1つ)	TEL ( ) / 不可
	◆営業時間外の疑義照会の可否及びTELは、区内医療機関等にも公開となります。

		営業時間【訂正がある場合は表内に記入】	受付時間【訂正がある場合は表内に記入】
月	午前	～	～
	午後	～	～
火	午前	～	～
	午後	～	～
水	午前	～	～
	午後	～	～
木	午前	～	～
	午後	～	～
金	午前	～	～
	午後	～	～
土	午前	～	～
	午後	～	～
日	午前	～	～
	午後	～	～
祝日	午前	～	～
	午後	～	～
特記事項		例)但し、第二木曜は 14:00～16:00 のみ	例)但し、第二木曜は 14:00～15:30 のみ

※下記についてご確認の上、署名してください。

当施設として、本医療機関等名簿デジタル版の趣旨を理解し、回答内容について医療機関等名簿デジタル版 WEB サイト上に公開されることに同意します。また、回答内容に個人情報が含まれる場合は、当該本人の同意を得た上で回答しています。

回答者御署名

【回答者様連絡先情報】

電話番号	( )	FAX 番号	( )
電子メールアドレス	@		

※調査票回収後、内容についてお問い合わせする場合がありますので、ご承知おきください。

※回答頂いた内容を本調査の目的以外で使用することはありません。