自己点検表（薬局）【指定区分：育成医療／更生医療／精神通院医療】

※ 該当する区分を○で囲んでください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 点　　検　　項　　目 | | | 点検結果  該当するものに  ○をつけてください。 | |
| １基本方針 | (1) | 支給認定に係る障がい者等の心身の障がいの状態の軽減を図り自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、良質かつ適切な自立支援医療を行っておられますか。 | 適 | 不適 |
| ２療養担当規程の遵守状況 | (1) | 受診者の調剤を正当な事由がなく拒んでいませんか。 | 適 | 不適 |
| (2) | 医療受給者証が有効であることを確認した上で調剤されていますか。 | 適 | 不適 |
| 医療受給者証をどのような方法で確認をされているかを、以下にご記載ください。  （例：健康保険証の提示の際に合わせて確認している。） | | |
| (3) | 医療受給者証に記載された医療の具体的方針により調剤を行っておられますか。また、具体的方針の変更が必要な場合は、受診者による市町村長等への申請（具体的方針の変更が必要な医師の意見書を添付）の上で、市町村長等の変更の承認を受けた具体的方針により調剤されていますか。 | 適 | 不適 |
| (4) | 受診者がやむを得ない事情がある場合、便宜な時間を定めて調剤されていますか。 | 適 | 不適 |
| (5) | 指定自立支援医療を診療中の受診者、市町村等から必要な証明書等を求められた時は無償で交付されていますか。 | 適 | 不適 |
| (6) | 調剤録に必要な事項を記載されていますか。 | 適 | 不適 |
| (7) | 調剤及び調剤報酬の請求に関する帳簿等を完結の日から５年間保存しておられますか。 | 適 | 不適 |
| ３人員体制、設備の整備状況 | (1) | 複数の医療機関からの処方箋を受け付けている保険薬局であり、かつ、十分な調剤実務経験のある管理薬剤師を有しておられますか。※ | 適 | 不適 |
| (2) | （育成・更生の場合）通路、待合室など、身体障がいに配慮した設備構造等が確保されていますか。 | 適 | 不適 |
| ４その他 | (1) | 自立支援医療費の請求は、適正に行っておられますか。 | 適 | 不適 |
| (2) | 負担上限月額が設定されている受診者等について、適切に自己負担の徴収をしているか、また、自己負担上限額管理票へ適切に記載をされていますか。 | 適 | 不適 |
| (3) | 管理薬剤師、医療機関の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があったときの変更の届出は適正に行われていますか。 | 適 | 不適 |

※　自立支援医療機関（育成医療・更生医療）審査基準を参照。

上記のとおり報告いたします。

　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　指定自立支援医療機関　名称：

　　　　所　在　地：

　　　　電話番号：

　　　　開　設　者：