第８章：様式

様式１－１　薬局被災・業務継続状況報告様式（薬局 → 地区薬剤師会）

薬局被災・業務継続状況報告様式【薬局 → 地区薬剤師会】

発　信　元	薬局名	所在地
	電話番号	ＦＡＸ番号
	Ｅ－ｍａｉｌ	担当
日　　時	年　　月　　日　　時　　分	

送　信　先	○○地区薬剤師会 ＦＡＸ番号　　Ｅ－ｍａｉｌ

１　薬局被災・業務継続状況（該当項目を○で囲ってください。）

建物被害	有	無				
浸水被害	有	無				
建物倒壊又は倒壊のおそれ	有	無				
従業員被害	有	無				
ライフラインの被災状況	停電	断水	電話不通	インターネット接続不可		
開局	不可	可				
復旧を要する調剤関連機器 **※店舗に存在しない機器には「×」**	電子天秤	保冷庫	散剤分包機	軟膏練機	水剤分注機	自動錠剤分包機
処方箋受入可能枚数	約　　枚／日					
現在の処方箋受入枚数	約　　枚／日					
応援薬剤師	要（　　人）	不要				
被害額	有 （　　千円）	無	不明			

２　その他（上記以外で支援が必要な理由があれば記入してください。）

～上記報告内容に変更が生じた場合は速やかに地区薬剤師会まで報告してください～

様式１－２　薬局被災・業務継続状況報告集計表（地区薬剤師会用）

様式１－２

薬局被災・業務継続状況報告集計表【地区薬剤師会 → 県薬・地域保健医療福祉調整本部（保健所・支所） → 保健医療福祉調整本部（薬務課）】

発信元：
調査担当者氏名
連絡先
報告日時　　年　月　日　時　分

送信先：
ＦＡＸ番号
Ｅ－ｍａｉｌ

名称	所在市町村名	建物被害	浸水被害	建物倒壊・おそれ	従業員被害	停電	断水	電話不通	インターネット接続不可	開局	復旧を要する調剤関連機器無し・一部・全て（具体名※）	処方箋受入可能枚数に対する現在の受入枚数の超・未超	応援薬剤師	被害額
○○薬局	○○市	有	有	無	無	有	無	有	無	可	全て（電，保，散）	超	要（　　人）	有（　　千円）

※電→電子天秤，保→保冷庫，散→散剤分包機，軟→軟膏練機，水→水剤分注機

様式１－３　薬局被災・業務継続状況報告集計表（保健医療調整本部・薬務課用）

薬局被災・業務継続状況報告集計表【保健医療福祉調整本部（薬務課）集計用）】

調査者　保健医療福祉調整本部（薬務課）
調査担当者氏名
連絡先
報告日時　年　月　日　時　分

単位：件

地区等	薬局数	報告数	未報告数	建物被害		浸水被害		建物倒壊・おそれ		従業員被害		停電	断水	電話不通	インターネット接続不可	開局		復旧を要する調剤関連機器			処方箋受入枚数限界※		応援薬剤師	
				あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし					可	不可	無し	一部	全て	超	未超	要（人数計）	不要
仙南																								
仙台																								
岩沼																								
塩釜																								
黒川																								
大崎																								
栗原																								
登米																								
石巻																								
気仙沼																								
計																								

※　処方箋受入可能枚数に対する現在の受入枚数の超・未超

様式２－１　医薬品等卸売販売業者被災・業務継続状況報告様式（卸業者→組合等）

医薬品等卸売販売業者被災・業務継続状況報告様式【卸業者 → 組合等】

発　信　元	薬局名	所在地
	電話番号	ＦＡＸ番号
	Ｅ－ｍａｉｌ	担当
日　　時	年　　月　　日	時　　分

送　信　先	○○組合 ＦＡＸ番号　　Ｅ－ｍａｉｌ

１　医薬品等卸売販売業者被災・業務継続状況（該当項目を○で囲ってください。）

建物被害	有	無		
浸水被害	有	無		
建物倒壊、または倒壊のおそれ	有	無		
従業員被害	有	無		
医薬品等被害	有	無		
ライフラインの被災状況	停電	断水	電話不通	インターネット接続不可
業務継続	不可	可		
供給不足	有	無		
配達困難	有	無		

２　その他（上記以外で支援が必要な理由があれば記入してください。）

様式２－２

医薬品等卸売販売業者被災・業務継続状況報告集計表【組合・協会・血液センター → 保健医療福祉調整本部（薬務課）】

発信元：
調査担当者氏名
連絡先
報告日時　　年　月　日　時　分

送信先：保健医療福祉調整本部（薬務課）
ＦＡＸ番号
Ｅ－ｍａｉｌ

名称	建物被害	浸水被害	建物倒壊・おそれ	従業員被害	医薬品等被害	停電	断水	電話不通	インターネット接続不可	業務継続	供給不足	配達困難
○○株式会社○○支店	有	有	無	無	有	有	無	有	無	可	有	有

様式２－３

医薬品等卸売販売業者被災・業務継続状況報告集計表【保健医療福祉調整本部（薬務課）集計用】

調査者　保健医療福祉調整本部（薬務課）

調査担当者氏名

連絡先

報告日時　年　月　日　時　分

単位：件

地区等	卸数	報告数	未報告数	建物被害		浸水被害		建物倒壊・おそれ		従業員被害		医薬品等被害		停電	断水	電話不通	インターネット接続不可	業務継続		供給不足		配送困難	
				あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし					可	不可	あり	なし	あり	なし
仙南																							
仙台																							
岩沼																							
塩釜																							
黒川																							
大崎																							
栗原																							
登米																							
石巻																							
気仙沼																							
計																							

様式２－３　医薬品等卸売販売業者被災・業務継続状況報告集計表（薬務課用）

様式３　医薬品等供給要請書兼応諾連絡書

様式3

医薬品等供給要請書　兼　応諾連絡書

■機関区分（区分の枠に番号を記入すること）

①医療救護所・避難所　②災害拠点病院　③医療機関・薬局　④市町村本部　⑤地域保健医療福祉調整本部　⑥保健医療福祉調整本部　⑦その他

月　日　時　分		月　日　時　分		月　日　時　分		月　日　時　分
担当者	要請	担当者	要請	担当者	要請	担当者
機関名　区分		機関名　区分		機関名　区分		機関名　区分
電話番号		電話番号		電話番号		電話番号
月　日　時　分	連絡	月　日　時　分	連絡	月　日　時　分	連絡	月　日　時　分
担当者		担当者		担当者		担当者

受渡し場所	備考

（要請）　要請医薬品等					（応諾）　供給医薬品等			
薬効等分類	製品名	一般名	規格	数量	④市町村	⑤地域保健医療福祉調整本部	⑥保健医療福祉調整本部	備考

様式４　薬剤師派遣要請書兼薬剤師派遣調整結果連絡書

様式4

薬剤師派遣要請書

■機関区分（区分の枠に番号を記入すること）

①医療救護所・避難所　②災害拠点病院　③医療機関・薬局　④市町村本部　⑤地域保健医療福祉調整本部　⑥保健医療福祉調整本部　⑦その他

月　日　時　分		月　日　時　分		月　日　時　分		月　日　時　分	
担当者	要請	担当者	要請	担当者	要請	担当者	
機関名	区分	機関名	区分	機関名	区分	機関名	区分
電話番号		電話番号		電話番号		電話番号	
月　日　時　分	連絡	月　日　時　分	連絡	月　日　時　分	連絡	月　日　時　分	
担当者		担当者		担当者		担当者	

必要人数	活動場所	活動内容

参集場所・希望日時	希望派遣期間	備考

薬剤師派遣調整結果連絡書

派遣人員氏名（連絡先電話番号）			
派遣期間	移動手段	薬剤師所属機関	派遣場所
月　日～　月　日			

参考様式１　災害処方箋

災害処方箋

医療救護所の名称・所在地

所属する医療機関・チーム等の名称

処方医師氏名　㊞

連絡先

患者	氏名		男・女
	明・大・昭・平・令　年　月　日生		
交付年月日	年　月　日		
処方箋の使用期間	交付の日を含めて４日以内		
処方			
備考	投与日数　１日　・　２日　・　３日　・　４日（○を付ける）		
調剤済年月日	年　月　日	調剤した薬剤師氏名	㊞
調剤した薬剤師の所属する組織の名称または連絡先			
調剤した医療救護所等の名称及び所在地			

患者情報　氏　　名
自宅住所
連 絡 先
避難場所

参考様式２　災害用緊急薬袋（表）

医療救護所等	名　称
	所在地

【災害用　緊急薬袋】

処方履歴が記入されています、
繰返しご使用願います。

おくすり袋

お名前　　様

□内用薬　処方履歴

月日	薬剤名	用　法				医師 薬剤師
／		1日　回　日分 毎回　錠・包・カプセル （　）ずつ服用	朝 昼 夕 就寝前	食前・食後 食後2時間 （　）時間毎		医・薬
／		1日　回　日分 毎回　錠・包・カプセル （　）ずつ服用	朝 昼 夕 就寝前	食前・食後 食後2時間 （　）時間毎		医・薬
／		1日　回　日分 毎回　錠・包・カプセル （　）ずつ服用	朝 昼 夕 就寝前	食前・食後 食後2時間 （　）時間毎		医・薬

※裏面に外用薬の処方履歴欄があります。

参考様式２　災害用緊急薬袋（裏）

ご注意事項

●薬をお受け取りの際はお名前をお確かめのうえ、用法、用量に従って正しく服用ください。
●用法に記された「食後」とは食後30分以内、「食前」とは食事前30分のことです。
「寝る前」とは寝る前30分のことです。
●薬は湿気、高温、日光をさけて保存し、子供の手の届かない安全な場所で保管してください。
●調剤後、長期間たった薬は、副作用や事故の原因となりますので使用しないでください。

□外用薬　処方履歴

月日	薬剤名	用　法	医師 薬剤師
／		うがい薬　坐薬　塗り薬 用法:	医・薬
／		うがい薬　坐薬　塗り薬 用法:	医・薬
／		うがい薬　坐薬　塗り薬 用法:	医・薬

※受診の際には医師･薬剤師にこのおくすり袋を提示してください。