

(●●●●薬剤師会 あて FAX ●●●●-●●●●-●●●●)

薬 局

災害時 薬 局 情 報

薬 局 名 称	
電 話 番 号	
管 理 薬 剤 師	氏名 ()
確 認 日 時	平成 年 月 日 () 午前・後 時 分
確 認 者	氏名 ()

【1】ライフライン	電 気	停電中・※発電機使用中・正常 ※発電機使用中の場合 半日・1日・2日以上
	水 道	断水・※供給見込無し・供給見込有り ※供給見込無しの場合 半日・1日・2日以上
【2】調剤の可否	可 / 否	
	可 の 場 合	曜 日 ()
		時 間① ()
		時 間② ()
	否 の 場 合	再開見込 (月 日 / 未定)
	<input type="checkbox"/> 調剤(水剤・散剤・一包化) <input type="checkbox"/> 麻薬の調剤 <input type="checkbox"/> 無菌調剤等の調剤 <input type="checkbox"/> 冷所保管品(インスリン等) <input type="checkbox"/> 在宅対応(在宅患者宅への訪問管理指導等) <small>※現在、対応可能な業務に「○」を付けてください(複数可)。</small>	
【3】その他		

