

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)自己点検表(薬局用)

医療機関名: _____

電話番号: _____

点検項目		チェック欄 1
1 基本方針	(1)	指定自立支援医療機関は、支給認定に係る障害者等の心身の障害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いるか。
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ないか。
	(2)	医療受給者証が有効であること(有効期間、指定医療機関名等)を確認した上で調剤しているか。
	(3)	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しているか。
	(4)	調剤録に必要な事項を記載しているか。
	(5)	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年間保存しているか。
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薬剤師を有していること。
4 その他	(1)	自立支援医療費の請求は、適正に行っているか。
	(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しているか。
	(3)	高額長期疾病に該当する受診者については、「特定疾病療養受療証」の所持について確認をしているか。

1 各項目について、適切な場合は「」、不適切な場合は「」をつけてください