# 配置販売業に関する自己点検表（既存配置）

公益社団法人神奈川県医薬品配置協会

下記の表のチェック欄にチェック内容を実施している場合は〇印、そうでない場合は×印を記入する。チェックした日付も記入し、定期的に行うのもとする。

（①　区域管理者、③帳簿・記録、⑧配置従事届については配置販売業者がチェックすること）

配置販売業者名又は、区域管理者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　記入者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

| チェック項目 | チェック内容 | チェック欄（定期点検表） | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
| ①区域管理者 | 区域管理者は常勤で、営業時間中は常時、その区域を直接管理している。（これが出来ない場合は、代行者を指定してその区域を管理している） | | | | | | | | |
| ②身分証明証等 | 身分証明証を携帯し、薬剤師、配置員であることが判別できる名札をつけている。 | | | | | | | | |
| ③帳簿・記録 | 区域の管理に関する記録を作成し、三年間保管している。 | | | | | | | | |
| | 医薬品を譲り受けた時は、品名、数量、譲り受け年月日、譲渡人氏名を書面で三年間保存している。 | | | | | | | | |
| ④取扱品目 | 指定品目以外の医薬品を配置していない。 | | | | | | | | |
| | 配置期限切れの医薬品を販売、貯蔵・陳列、広告していない。 | | | | | | | | |
| | 乱用等のおそれのある医薬品は、購入者の氏名・年齢、他からの購入状況等を確認し、必要と認められる数量を配置している。 | | | | | | | | |
| ⑤陳列 | 配置箱の中で、第二類、第三類医薬品をリスク区分ごとに混在させないように配置している。 | | | | | | | | |
| | 配置する医薬品の販売名とリスク区分が対比できるような文書（置き高表等）を添えている。 | | | | | | | | |
| ⑥情報提供 | 第二類医薬品は薬剤師又は配置員が必要な情報提供を対面で行なっている。（なお、顧客から情報提供不要の意志表明があれば要しない） | | | | | | | | |
| | 指定第二類医薬品の禁忌の確認、使用について専門家に相談することを確実に認識できる措置（添付文書集の作成等）を講じている。 | | | | | | | | |
| | 区域の管理・運営及び一般用医薬品の販売制度に関する事項を記載した書面を交付している。 | | | | | | | | |
| ⑦販売方法等 | 禁止されている事項（分割販売、不良・不正表示医薬品等の販売・授与、虚偽・誇大広告など）を行なっていない。 | | | | | | | | |
| ⑧配置従事届 | 医薬品の配置販売に従事しようとする時は、あらかじめ配置販売者名・配置従事者の氏名･住所、従事する区域・期間を届けている。 | | | | | | | | |
| ⑨資質向上講習会 | 講義（座学）形式を基本とし、時間数は毎年、定期的かつ継続的に 30 時間以上の研修を行なっている。(通信講座と組合せての研修の場合は座学の時間数を超えない事) | | | | | | | | |
| | **配置販売業者又は区域管理者の確認印** | ㊞ | ㊞ | ㊞ | ㊞ | ㊞ | ㊞ | ㊞ | ㊞ |

## ※配置販売業許可更新申請の期日の確認は忘れずにする事。