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】**

|  |  |
| --- | --- |
| **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～**