

依據 藥食科 No: _____ 號業務單辦理 黏貼紙流水號

日期 年 月 日 時 分

受檢單位 名稱: _____
 負責人: 藥師 藥劑生
 電話: _____
 地址: 市 _____ 路街 _____ 巷 _____ 號
 鄉鎮 _____ 段 _____ 弄 _____ 樓

一、現場查勘結果如下:
 符合規定 (請勾選下列)
 有缺失 (請續勾選下列)
 不知去向, 現址為 _____
 拍照 (移藥食科卓處)

查核項目:	是	否	記錄實際情形
1. 是否張貼違規廣告	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. 是否將藥局執照是否懸掛於執業場所明顯處	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3-1. 藥事人員在場			
(1) 是否懸掛藥事人員執行業務中之告示牌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
(2) 是否著制服並佩戴執業執照	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
(3) 是否發現未依處方調劑或逕行販賣處方藥	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3-2. 藥事人員未在場			
(1) 是否懸掛藥事人員暫停執行業務中之告示牌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
(2) 是否有其他人員執行調劑業務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
(3) 是否發現販賣處方藥	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. 調劑後之處方箋是否立即簽名蓋章並加註調劑日期	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. 是否張貼禁菸標誌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. 另領有醫療器材販賣業藥商許可執照	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	_____
7. 藥袋標示應包括:	有	無	有
(1) 病人姓名	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 病人性別	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 藥品名稱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 藥品單位含量	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 藥品數量	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 藥品用法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) 藥品用量	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) 藥局名稱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) 藥局地址	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10) 藥局電話	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(11) 調劑者姓名	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(12) 調劑(交付)年、月、日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(13) 警語	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 菸害防制:			
(1) 入口明顯處張貼禁菸標示	<input type="checkbox"/> 符合規定	<input type="checkbox"/> 不符合規定	
(2) 室內不得提供吸菸器具	<input type="checkbox"/> 符合規定	<input type="checkbox"/> 不符合規定	
其他違規情形			_____

附件 照片 _____ 張 訪問紀要 _____ 份 調查紀錄表 藥物(化妝品)檢查現場紀錄表
 身分證影本 影本 其他 _____