

宜蘭縣政府衛生局 函

地址：26051宜蘭縣宜蘭市女中路二段287號
承辦人：徐淑華
電話：1999(縣外請撥03-9322634分機1230)
電子郵件：11176@mail.e-land.gov.tw

260

宜蘭市女中路三段102號6樓

受文者：宜蘭縣藥師公會

發文日期：中華民國109年1月17日

發文字號：衛食藥字第1090001448號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：如說明三

主旨：為執行「109年藥局藥商普查工作」1案，請轉知所屬會員，依說明段配合辦理，請查照。

說明：

- 一、依據藥事法第73條規定辦理。
- 二、旨揭藥商普查工作執行期間為109年2月1日至12月31日止，請貴會會員配合普查工作。
- 三、檢附109年藥商藥局普查查核事項紀錄表1份。

正本：宜蘭縣藥師公會、宜蘭縣藥劑生公會、宜蘭縣西藥商業同業公會、宜蘭縣中藥商業同業公會

副本：本局食品藥物管理科

局長徐迺維

食品藥物管理科科长莊淑姿決行

本案依分層負責規定授權主管科长決行

國朝詩集

宜蘭縣政府衛生局

年度藥商暨藥局普查紀錄表

一、基本資料

查核日期： 年 月 日

藥商(局)名稱	負責人	
	聯絡電話	
機構代碼	開業地址	
權屬別	<input type="checkbox"/> 製造 <input type="checkbox"/> 販售 <input type="checkbox"/> 藥局 <input type="checkbox"/> 列冊中藥商	
營業項目	<input type="checkbox"/> 醫療器材 (<input type="checkbox"/> 維修) <input type="checkbox"/> 零售	
	<input type="checkbox"/> 西藥 <input type="checkbox"/> 批發	
	<input type="checkbox"/> 中藥 <input type="checkbox"/> 批發及零售	
管理人身分別	<input type="checkbox"/> 藥師 <input type="checkbox"/> 藥劑生 <input type="checkbox"/> 列冊中藥商 <input type="checkbox"/> 中藥從業人員 <input type="checkbox"/> 確具中藥基本知識及鑑別能力人員 <input type="checkbox"/> 符合藥事法 104 條規定-藥師(藥劑生)管理 <input type="checkbox"/> 其他(醫療器材業者) <input type="checkbox"/> 中醫師	

二、藥商查核項目：適用/不適用

查核項目	是	否	備註
1. 有無營業情形			
2. 藥商許可執照是否規定懸掛於營業處所明顯處			
3. 許可執照登記項目是否與實際營業項目相符			
4. 藥品管理人是否在场			管理人姓名：
5. 張貼之產品廣告是否符合規定			
6. 陳列販售之食品、藥物(含醫材)及化粧品是否合格			食品____件、藥物(含醫材)____件、化粧品____件

三、藥局查核項目：適用/不適用

查核項目	是	否	備註
1. 藥事人員是否在场及是否佩戴執業執照			藥事人員姓名：
2. 是否懸掛藥事人員執行(或暫停)業務中之告示牌			
3. 是否將藥局執照懸掛於營業場所明顯處			
4. 是否符合藥局設置作業事項、調劑處所是否整齊清潔			
5. 張貼之產品廣告是否符合規定			
6. 調劑後之處方箋是否立即簽名蓋章並加註調劑日期			
7. 予民眾之藥袋是否依規定標示			
8. 是否購入管制藥品			
9. 管制藥品登記證資訊是否與實際營業情形相符			
10. 陳列販售之食品、藥物(含醫材)及化粧品是否合格			食品____件、藥物(含醫材)____件、化粧品____件
11. 是否無非經醫師處方販售醫師處方藥			

四、中藥商暨中藥販賣業查核項目：適用/不適用

查核項目	是	否	備註
1. 有無營業情形			
2. 藥商許可執照是否規定懸掛於營業處所明顯處			
3. 許可執照登記項目是否與實際營業項目相符			
4. 藥品管理人(確具人員或列冊人員)是否在场			管理人姓名：
5. 張貼之產品廣告是否符合規定			
6. 陳列販售之藥食兩用中藥材、飲片是否符合規定			食品____件、中藥材____件、飲片____件

7. 是否非經醫師處方販售醫師處方之科學中藥		
8. 是否調配及預製大量丸、散、膏、丹及煎藥販售民眾		

五、西藥優良運銷準則(GDP)確認事項查核： 適用/不適用

查核項目	是	否	備註
1. 藥商處所是否有倉庫			
2. 藥品是否儲存於登記之場所			
3. 是否有外部倉庫			外部倉庫位址：_____
4. 是否有常溫或冷鏈藥品(需冷藏或冷凍保存之藥品)			藥品名稱/許可證：_____ 保存溫度：_____°C 是否與規定之保存條件相符 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5. 該登記地址是否有執行未經核定之 GMP 作業 (包含分裝、包裝、貼標、置仿單等作業)			
6. 是否有大量已印製產品批號及有效期限之外盒標籤			品名：_____ 數量：_____ 用途：_____
7. 販售或調劑之藥品包裝規格是否符合仿單規定			藥品名稱/許可證：_____ 包裝規格：_____ (PTP 或瓶裝，____ 粒/盒) 是否與規定之保存條件相符 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8. 退回品、不良品、逾期品、回收品是否分區存放			
9. 販售或購買之藥品是否保留相關運銷紀錄			
10. 運銷紀錄是否包含品名、批號、有效期限、受貨者名稱、地址、出貨日期及數量等			
11. 其他事項：			
標示：			

六、查核結果：

<input type="checkbox"/> 符合規定 <input type="checkbox"/> 不符合規定： <input type="checkbox"/> 上述_____項未符合規定，請於_____月_____日前改善完成並接受複查。 <input type="checkbox"/> 予以製作談話筆錄，筆錄內容詳如附件。	
受檢查處所負責人(或在場人)簽章	稽查人員簽名

具結：

1. 本人同意衛生局人員進入稽查地點進行稽查。
2. 衛生局人員除攜回必要之證物外，並無滋擾勒索等不法行為，亦無發生財務短少或其他損害情事。
3. 本人同意本表所列之個人資料，提供宜蘭縣政府衛生局做為本案之稽查紀錄之處理及建檔等相關業務使用。
4. 上述具結事項為本人自由意識下所為。

<本表請自行保存 5 年>