

8 福薬発第 8 3 号  
令和 8 年 6 月 2 5 日

各地区薬剤師会会長 殿

公益社団法人福岡県薬剤師会  
会長 小田 真稔

### 「地域医療支援に資する医薬品備蓄共有システム (VPCS)」の 機能追加について

平素より本会会務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

福岡県薬剤師会では、VPCS (Virtual Pharmacy Computer System) の機能強化として、本年 2 月より休日・夜間の対応状況や在宅医療の体制などの薬局機能情報を VPCS 内で一元管理し、さらに、これらの情報と県民向け検索サイト「ファーマファインド INFO」を連携させ、県民や医療機関が薬局の情報やサービスを確認できるよう改修いたしました。

また今般、VPCS への納品データの取込みについて、セキュリティをより強化することを目的とした「簡易版」を選択できる機能を追加いたしました。簡易版では、医療機関コード、伝票記載日、商品情報のみを VPCS 内に取込み、その他のデータは VPCS 内に保持いたしません。

本機能の公開は、7 月 1 日 (水) を予定しております。すでに VPCS に加入されている薬局におかれましては、公開後、「管理－薬局情報設定」より選択が可能となります。

なお、簡易版を選択された場合、納品履歴機能および納品データ取得機能はご利用いただけません。VPCS 内の納品データを活用して在庫管理を行っている薬局におかれましては、簡易版を選択されないよう、十分ご注意ください。

また、本会としては、通常版においても必要なセキュリティは担保されているものと考えており、簡易版の選択を推奨するものではございません。各薬局の運用状況や必要な機能をご確認のうえ、適切にご判断いただきますようお願いいたします。

新たに VPCS に加入される薬局につきましては、別紙利用申込書をご提出いただきますようお願いいたします。

ご多忙中のことと存じますが、貴会会員へのご周知のほどよろしく願い申し上げます。

公益社団法人 福岡県薬剤師会 宛

VPCS利用の（ 登録 ・ 変更 ・ 停止 ）申し込み並びに納品データの提供依頼を行います。

1. 企業情報

基 本 情 報	フリガナ			
	薬局名	(印)		
	郵便番号	所属地区名	薬剤師会	
	住所			
	電話番号			
	FAX番号			
	代表者	担当者		
	メールアドレス			
	営業時間			
	インターネット環境	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	いずれかに☑をつけてください
利用PC	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	いずれかに☑をつけてください	
利用開始日	令和 年 月 1日			

2. 備蓄情報の公開について（VPCSでの備蓄情報公開に同意しない場合のみチェックをつけてください。）

備蓄情報の公開拒否	<input type="checkbox"/> VPCSでの備蓄情報公開に同意しません。
-----------	---

※VPCSでの備蓄情報公開に同意いただけない場合、**VPCSのご利用が出来ません**。

3. VPCSへの納品データ取込みについて（納品データの取込項目を制限したい場合はチェックをつけてください。）

納品データの取込区分	<input type="checkbox"/> 納品データの取込みは、簡略版を希望します。
------------	--

※簡略版は、医療機関コード・伝票日付・商品情報のみを取込み、備蓄情報として公開されます。

※簡略版を希望した場合、**VPCSの納品履歴機能・納品データ取得機能のご利用は出来ません**。

4. バーコードリーダーの購入について

バーコードリーダー	<input type="checkbox"/> 購入する	<input type="checkbox"/> 購入しない	いずれかに☑をつけてください
	└─ 必要台数	台	¥12,000/台

※上記金額は、本体価格となります。上記金額とは別途、消費税および地方消費税が発生致します。

《お支払いについて》

・商品お届けの際にご請求書を同梱いたしますので**商品到着月の翌月末迄に請求書記載の指定口座へお振込み**をお願い致します。  
(恐れ入りますが振込手数料はお客様にてご負担をお願い致します)

《バーコードリーダーの保守について》

・無償保証期間につきましては、メーカー出荷後1年間となります。（故障等の時は、郵送での修理・交換対応）  
・無償保証期間を超えての保守対応が必要な場合は、別途有償での対応となります。（故障等の時は、郵送での修理・交換対応）

裏面にも記載事項がございますので、必ずご記入ください。

**協力医薬品卸各社 御中**（※下記内容は各卸に対し提出を行います。）

5. 窓口卸について（※窓口卸は E O S 発注の卸側手続を行います。）

下記7つの卸より1つを選択ください。（必須項目となります。）

1	<input type="checkbox"/>	株式会社 アステム	5	<input type="checkbox"/>	株式会社 翔薬
2	<input type="checkbox"/>	株式会社 アトル	6	<input type="checkbox"/>	富田薬品 株式会社
3	<input type="checkbox"/>	アルフレッサ 株式会社	7	<input type="checkbox"/>	株式会社 宮崎温仙堂商店
4	<input type="checkbox"/>	九州東邦 株式会社			

6. 取引卸並びに納品データ提供依頼先

お取引中の医薬品卸並びに納品データ提供を依頼する卸を選択ください。（複数選択可）

1	<input type="checkbox"/>	株式会社 アステム	11	<input type="checkbox"/>	メディカルー光（福岡支店） （西部沢井薬品（福岡支店））
2	<input type="checkbox"/>	株式会社 アトル	12	<input type="checkbox"/>	メディカルー光（久留米営業所） （西部沢井薬品（久留米営業所））
3	<input type="checkbox"/>	アルフレッサ 株式会社	13	<input type="checkbox"/>	東和薬品 株式会社
4	<input type="checkbox"/>	株式会社スカイメディカル九州	14	<input type="checkbox"/>	富田薬品 株式会社
5	<input type="checkbox"/>	九州東邦 株式会社	15	<input type="checkbox"/>	株式会社 宮崎温仙堂商店
6	<input type="checkbox"/>	株式会社 健将	16	<input type="checkbox"/>	株式会社 ピーエスシー
7	<input type="checkbox"/>	株式会社 サンメディク	17	<input type="checkbox"/>	株式会社九州東和薬品
8	<input type="checkbox"/>	株式会社 翔薬	18	<input type="checkbox"/>	株式会社 ピーエスシー（八幡店）
9	<input type="checkbox"/>	シンコー薬品 株式会社	19	<input type="checkbox"/>	株式会社 ジェネックス
10	<input type="checkbox"/>	株式会社メディカルー光 （西部沢井薬品 株式会社）			

7. 稼動開始日について

毎月15日県薬到着分 → 翌月1日稼動開始

8. 納品データの提供について

上記「5」依頼先各社 御中

貴社が保有されている、当薬局への納品データを「SDC-VAN」に送信願います。

薬 局 名	
開 設 者	(印)
※押印なきものは無効です。	
担 当 者	
住 所	
電 話 番 号	
F A X 番 号	
<p><b>【重要】</b> ご記入の個人情報については、同意がない限り本サービス以外の目的に利用されることはございません。</p> <p style="text-align: center;"><b>※本様式の控えは必ず保管願います。</b></p>	

**【提出先】** ご所属の地区薬剤師会へご提出ください。