

診療所開設届

(宛先)
広島市保健所長

〒
開設者住所 _____
(電話)

氏名 _____

診療所の開設について、医療法第8条第1項の規定により届け出ます。

名 称																	
開 設 の 場 所	〒 広島市 区 (電話) (FAX) (E-mail)																
診 療 科 目																	
区 分 (開設者)	名 称					所 在 地											
開設者が現に他の病院又は診療所を開設、管理又は勤務している場合																	
開設者が同時に他の病院又は診療所を開設しようとする場合																	
管 理 者	氏 名																
	住 所																
薬 剤 師 の 氏 名																	
診 療 に 従 事 す る 医 師 、 歯 科 医 師	職 種	氏 名				担当診療科名				診療日及び診療時間							
オンライン診療実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																
従 業 員 の 定 員	医 師	歯 科 医 師	薬 剤 師	助 産 師	看 護 師	准 看 護 師	看 護 補 助 者	理 学 療 法 士	作 業 療 法 士	歯 科 衛 生 士	歯 科 技 工 士	診 療 放 射 線 技 師	臨 床 検 査 技 師 等	栄 養 士	給 食 関 係 職 員	事 務 職 員	計
開 設 年 月 日	年 月 日																
担 当 者 所 属 ・ 氏 名 等	(電話)																

次頁に続く。

◎ここから下には記入しないでください。

受付印	医療機能情報	施設調査年月日	<input type="checkbox"/> 届出書記載事項に相違ない。 <input type="checkbox"/> 届出時に既に廃止済みのため調査できず。				審査者
	(受付)	(伺い)					
	係	係	係長	課長			

敷地の面積及び建物の構造概要

敷	地				m ²
建	物	構 造 概 要	建 築 面 積	延 床 面 積	用 途
			m ²	m ²	
			m ²	m ²	

診察室、処置室及び検査室

室	名	面	積	室	名	面	積
			m ²				m ²
			m ²				m ²
			m ²				m ²
			m ²				m ²

エックス線装置及びその使用室

エックス線装置	製 作 者 名	型 式	高電圧発生装置の定格出力	用途の別
使 用 室	面 積	放射線障害防止に関する構造設備概要	操作室の面積	暗室の面積
	m ²		m ²	m ²
	m ²		m ²	m ²

給水施設

水道・井戸の別		貯 水 槽 (受水槽・高架水槽の有無)	
---------	--	------------------------	--

調剤所

面 積	採光面積	換気設備	冷暗所	麻薬保管庫	毒薬保管庫	備付器具
m ²	m ²			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

病床数

一	般	療	養	合	計
室	床	室	床	室	床

歯科技工室

面 積	防 火 設 備	防 塵 設 備	そ の 他 の 設 備
m ²			

手術室

名 称	面 積	構 造 設 備 概 要						
		手術台	床	壁	天井	照明	暖房	窓
	m ²							
	m ²							
附属施設及び設備								

陣痛室、分娩室及び新生児施設

陣痛室・分娩室	室 名	面 積	新生児施設	新生児入浴施設	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		m ²		新生児室	m ²
		m ²		哺乳室	m ²
		m ²		調乳室	m ²

機能訓練室

名 称	面 積	構 造 設 備 概 要 設 備 概 要
	m ²	
	m ²	

食堂及び談話室

名 称	面 積	構 造 設 備 概 要 設 備 概 要
	m ²	
	m ²	

浴 室

名 称	面 積	構 造 設 備 概 要 設 備 概 要
	m ²	
	m ²	

給食施設

面 積	m ²	手 洗 設 備	か所
床 の 構 造		冷蔵・冷凍庫	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
空調換気設備		食器消毒設備	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
下 処 理 室	<input type="checkbox"/> 有 (m ²) <input type="checkbox"/> 無	食品保管庫	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
配 膳 室	<input type="checkbox"/> 有 (m ²) <input type="checkbox"/> 無	食器格納設備	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
食器洗淨室	<input type="checkbox"/> 有 (m ²) <input type="checkbox"/> 無	温食設備	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
更衣・休憩室	<input type="checkbox"/> 有 (m ²) <input type="checkbox"/> 無	専用便所	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

2階以上の階に病室を有する建物別の階段数及びその構造

建物別の名称	通常階段						病室のある最上階	避難階段
	用途	幅	踊場	けあげ	踏面	手すりの有無		

病室の構造概要

棟別	階別	病室番号	病室用途 (一般・療養別)	一室の入院員 入定 (人)	一室の床面積 (㎡)	一室の採面積 (㎡)	一室の外開き積 直接にで面積 一直気放る (㎡)	天井の高さ (m)	一人当たりの面積 (㎡)

病棟施設

看護師詰所	㎡	洗濯施設	<input type="checkbox"/> 有 (㎡) <input type="checkbox"/> 無
リネン室	<input type="checkbox"/> 有 (㎡) <input type="checkbox"/> 無	消毒施設	<input type="checkbox"/> 有 (㎡) <input type="checkbox"/> 無

※ 軽微な誤記、明らかな誤字脱字、記載漏れ等は、市が訂正・追記します。(承諾されない方はお申し出ください。)

※ 該当項目欄のみ記入し、非該当項目欄は斜線で消去してください。

(添付書類)

- 敷地の平面図及び建物の平面図(各室の用途、病室においては室名、病床種別、病床数を明示したもの)
- 開設者及び管理者の臨床研修修了登録証^(注1)の写し(又は原本提示)並びに履歴書
- 診療に従事する医師、歯科医師の免許証の写し(又は原本提示)、薬剤師の免許証の写し(又は原本提示)
- 開設者が現に他の病院、診療所に勤務するものであるときは、雇用主又は所属長の承諾書
- その他(従業員名簿、建築基準法及び消防法に基づく検査済証の写し、麻酔科標榜許可証等)

(注1) 医師法改正の施行日(H16.4.1)[歯科医師法改正の施行日(H18.4.1)]時点において現に医師免許(歯科医師免許)を受けている者及び施行日前に医師免許(歯科医師免許)の申請を行った者であって施行日後に免許を受けた者については免許証。