

診療所開設許可申請書

(宛 先)
広島市保健所長

開設者住所 〒 _____
(電話) _____

氏名 _____
(法人にあっては主たる事務所の所在地、名称及び代表者の職氏名)

診療所の開設について、医療法第7条第1項の規定により申請します。

名 称																	
開 設 の 場 所	〒 広島市 区 (電話) (FAX) (E-mail)																
診 療 科 目																	
開 設 の 目 的																	
維 持 の 方 法																	
開 設 予 定 年 月	年 月																
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
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	(書類審査)						許可年月日		特記事項	
	審査年月日	審査者					指令番号			
	施設基準等	適・否					広島市指令保環特第 号			
	(受付)		(伺い)							
	係	係	係長	課長	照合	公印	施行			

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	

※ 以下、該当欄のみ記入し、非該当欄は斜線で消去してください。

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			☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 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	□ 有 □ 無
		m ²		新 生 児	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	□ 有 □ 無
空 調 換 気 設 備		食 器 消 毒 設 備	□ 有 □ 無
下 処 理 室	□ 有 (m ²) □ 無	食 品 保 管 庫	□ 有 □ 無
配 膳 室	□ 有 (m ²) □ 無	食 器 格 納 設 備	□ 有 □ 無
食 器 洗 浄 室	□ 有 (m ²) □ 無	温 食 設 備	□ 有 □ 無
更 衣 ・ 休 憩 室	□ 有 (m ²) □ 無	専 用 便 所	□ 有 □ 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
	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 の 別)	一 室 の 入 定 員 (人)	一 室 の 床 面 積 (m ²)	一 室 の 採 面 (m ²)	一 室 の 光 積 (m ²)	一 室 の 外 開 き 直 接 に 面 積 (m ²)	天 井 の 高 さ (m)	一 人 当 り の 面 積 (m ²)

病棟施設

看護師詰所	m ²	洗濯施設	☐ 有 (m ²) ☐ 無
リネン室	☐ 有 (m ²) ☐ 無	消毒施設	☐ 有 (m ²) ☐ 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。）

（添付書類）

- 敷地の平面図、敷地周囲の見取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）
- 開設者が法人であるときは定款、寄附行為又は条例
- エックス線装置等を設置する場合は、しゃへい計算書（開設者変更に伴う形式的な新規開設にあつては、使用室の漏えい検査結果）
- 麻酔科を標榜するときは麻酔科標榜許可証の写し