

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。

(書類審査)

受付印	審査年月日	審査者	許可年月日	特記事項			
	施設基準等 適・否		指令番号 広島市指令保環特第 号				
	(受付)	(伺い)					
	係	専門員	係	係長	課長	照合	公印

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	換気設	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	□ 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・療養の別）	一室の入院員（人）	一室の床面積（㎡）	一室の採面積（㎡）	一室の光積（㎡）	一室の直接に外開き積（㎡）	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。）

（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