

(様式1)

病院開設許可申請書

年 月 日

(宛先) 寝屋川市長

所在地 (〒 -)

氏 名

電 話 ()

F A X ()

E-mail

〔 法人代表者は、職・氏名を記載のこと。
個人の場合は、開設者の住所、氏名を記載のこと。 〕

下記のとおり、病院を開設したいので、医療法第7条第1項及び同法施行規則第1条の14第1項の規定により申請します。

保 健 所 受 付 印	保健所手数料収納済印

提出部数：2部

(様式1)

1 開設者の住所 氏 名	(法人の場合は、主たる事務所の所在地及びその名称を記入すること。また、開設者が医師又は歯科医師である場合はその旨を記入し、免許証の写及び履歴書を添付すること。)	
2 ふりがな		
病 院 名		
3 開設の場所	郵便番号 ㊦	—
	所 在 地	
	電 話	()
	F A X	()
	e - m a i l	
4 診療を行おう とする科目 (※欄外「注1～4」 参照)		
5 開設者が医師 又は歯科医師 以外の者であ るときは開設 の目的及び維 持の方法	開設の目的	
	維持の方法	
6 開設者が医師 又は歯科医師 であって現に 病院若しくは 診療所を開設 若しくは管理 し又は病院若 しくは診療所 に勤務するも のであるとき はその旨 (該当するもの の□を☑にす ること)	(1) (□病院・□診療所)を(□開設・□管理)している。	
	(2) (□病院・□診療所)に勤務している。	
	(3) 上記(□病院・□診療所)の名称・所在地	
	ふりがな	
	名 称	
	所在地	電話 ()
	(4) 本申請にかかる病院開設時にも上記の状況を継続するのか。	
	継続する	その理由:
	継続しない	その方法:

注1 医療法施行令第3条の2に規定されている診療科名であること。

2 医療法第6条の6第1項による厚生労働大臣の許可を受けた診療科名とは、「麻酔科」である。

3 麻酔科を標榜する場合は、「麻酔科標榜許可書」の写し(保健所で原本照合済みのもの)を添付すること。

4 診療科名に「・」を使用している場合は、診療科名を区切る際は「、」を使用し、「・」は使用しないこと。

提出部数：2部

(様式1)

7 開設者が医師 又は歯科医師 であって、同 時に2以上の 病院又は診療 所を開設しよ うとするもの であるときは その旨	ふりがな					
	名 称					
	所 在 地	電 話 ()				
	理 由					
8 医師・歯科医 師・薬剤師・ 看護師・その 他の従業者の 定員等 (※標準数の定め のないものにつ いては定員のみ)		定員	標準数		定員	標準数
	医 師			衛生検査技師		—
	歯 科 医 師			歯科衛生士		—
	薬 剤 師			歯科技工士		—
	栄 養 士			理学療法士		—
	看 護 師			作業療法士		—
	准 看 護 師			視能訓練士		—
	助 産 師			義肢装具士		—
	看 護 補 助 者			言語聴覚士		—
	保 健 師		—	精神保健福祉士		—
	臨床工学技士		—	柔道整復師		—
	診療放射線技師		—	あん摩マッサージ指圧師		—
	診療エックス線技師		—	そ の 他		—
	臨床検査技師		—	計		—
標準員数算定表	別紙1のとおり					
9 敷地の面積及 び平面図	面 積	㎡				
	平 面 図	別添第1図のとおり				
10 敷地周囲の見 取図	交通機関	線 駅下車 分				
	敷地条件	用途地域の種類				
		防火地域の種類				
見取図	別添第2図のとおり					
11 建物の構造概 要及び平面図	面 積	建築面積	㎡	建物延床面積	㎡	
	建物の構造概要	別添第2図のとおり (※建物配置図が添付されていること。)				
	平面図	別添第3図のとおり(各室の用途を明示すること。なお、療養病 床に係る病室、精神病室、感染症病室、結核病室がある場合は、 これを明示すること。) エックス線装置に係る申請の場合は、上記図面に加えて管理区域 を明示した隣接部の平面図(上下階含む)、使用室の詳細図(平面 図、断面図)を添付すること。				

(様式1)

12 法定施設等の構造設備の概要 (該当するものの□を☑にすること)	診 察 室	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	臨床検査施設	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 (外部委託 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)			
	処 置 室	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	給 食 施 設	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 (外部委託 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)			
	手 術 室	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	消 毒 施 設	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 (外部委託 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)			
	エックス線装置	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	洗 濯 施 設	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 (外部委託 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)			
	調 剤 所	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	高エネルギー放射線発生装置	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無			
	分 娩 室	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	放 射 線 照 射 装 置	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無			
	新生児入浴施設	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	放 射 線 照 射 器 具	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無			
	機 能 訓 練 室	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	放射性同位元素装備診療機器	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無			
	食 堂	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	放 射 性 同 位 元 素	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無			
	浴 室	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	別紙3のとおり				
	談 話 室	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無					
	13 歯科医業を行う病院であつて歯科技工室を設けようとするときは、その構造概要	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (該当するものの□を☑にすること)	別紙3のとおり				
14 病床数及び病床種別ごとの病床数	病床種別ごとの病床数	一般	療養	精神	結核	感染症	計
		床	床	床	床	床	床
	各病室の病床数	別紙4のとおり					
15 開設者が法人であるとき	定款、寄附行為又は条例を添付すること。(開設者において原本照合済みのもの)						
16 開設予定年月日	年 月 日						
17 規則第1条の14第2項の規定に該当する病院にあつては汚水排水に関する事項	別紙5のとおり						
18 予定する管理者 (臨床研修修了登録証の写し、免許証の写し及び履歴書を添付)	住所						
	氏名						

(様式 1)

別紙 1 医師、歯科医師、看護師その他の従業員の標準員数

1 入院患者数等			
A	1日平均入院患者数	(人)	- A
B	Aのうち療養病床入院患者数	(人)	- B
C	Aのうち感染症病床入院患者数	(人)	- C
D	Aのうち精神入院患者数	(人)	- D
E	Aのうち結核入院患者数	(人)	- E
F	Aのうち歯科・矯正歯科・小児歯科・歯科口腔外科の入院患者数	(人)	- F
G	1日平均外来患者数	(人)	- G
H	Gのうち耳鼻いんこう科外来患者数	(人)	- H
I	Gのうち眼科外来患者数	(人)	- I
J	Gのうち歯科・矯正歯科・小児歯科・歯科口腔外科の外来患者数	(人)	- J
K	1日平均調剤数	(人)	- K
L	1日平均収容新生児数	(人)	- L
M	外来患者に係る取扱処方せんの数	(枚)	- M

2 医師標準員数 (注1、4)	
(1) 法第21条第1項第1号の規定による病院 (規則第19条)	$\frac{\{A - (B + D + F)\} + \frac{B + D}{3} + \frac{G - (H + I + J)}{2.5} + \frac{H + I}{5} - 52}{16} + 3 = \quad \text{人}$
(2) 内科等5科を有する100床以上の病院でかつ、精神病床を有する病院 (規則第43条の2) (注6)	$\frac{\{A - (B + F)\} + \frac{B}{3} + \frac{G - (H + I + J)}{2.5} + \frac{H + I}{5} - 52}{16} + 3 = \quad \text{人}$
(3) 療養病床の病床比率が全病床数の50%を超える病院に対する経過措置 (規則附則第49条)	<p>当分の間、(1)及び(2)の計算式中、「-52」は、「-36」とし「+3」は、「+2」と読み替える。</p>

3 歯科医師標準員数 (注1)	
(1) 歯科専門病院の場合	$\frac{F - 52}{16} + 3 = X, \quad \frac{J}{20} = Y, \quad X + Y = \quad \text{人}$
(2) その他の病院の場合	$\frac{F}{16} = X, \quad \frac{J}{20} = Y, \quad X + Y = \quad \text{人}$

(様式1)

4 看護師(准看護師)標準員数(注2、4)	
(1) 法第21条第1項第1号の規定による病院(規則第19条)(注6、7)	$\frac{A - (B + C + D + E)}{3} + \frac{C}{3} + \frac{D}{4} + \frac{E}{4} + \frac{B}{4} = X, \quad \frac{G}{30} = Y$ $X + Y = \quad \text{人}$
(2) 内科等5科を有する100床以上の病院でかつ、精神病床を有する病院(規則第43条の2)(注5、6)	$\frac{A - (B + E)}{3} + \frac{E}{4} + \frac{B}{4} = X, \quad \frac{G}{30} = Y$ $X + Y = \quad \text{人}$
5 薬剤師標準員数(注3)	
(1) 法第21条第1項第1号の規定による病院(規則第19条)	$\frac{A - (B + D)}{70} + \frac{B + D}{150} + \frac{M}{75} = \quad \text{人}$
(2) 内科等5科を有する100床以上の病院等(規則第43条の2)	$\frac{A - B}{70} + \frac{B}{150} + \frac{M}{75} = \quad \text{人}$
6 看護補助者数(注2、4)	
(1) 法第21条第1項第1号の規定による病院(規則第19条)	$\frac{B}{4} = X, \quad X = \quad \text{人}$

(様式 1)

【特定機能病院のみ】

医師標準員数 (規則第22条の2第1項) (注1)	$\frac{(A - F) + (G - J)}{2.5} = \quad \text{人}$ $\frac{\quad}{8}$
歯科医師標準員数 (規則第22条の2第2項) (注1)	$\frac{F}{8} = X, \quad \frac{J}{20} = Y, \quad X + Y = \quad \text{人}$
看護師(准看護師)標準員数 (規則第22条の2第4項) (注2、6)	$\frac{A + L}{2} = X, \quad \frac{G}{30} = Y, \quad X + Y = \quad \text{人}$
薬剤師標準員数 (規則第22条の2第3項) (注3)	$\frac{A}{30} = X, \quad \frac{K}{80} = Y$ $X < Y \Rightarrow Y \quad \text{人}, \quad X > Y \Rightarrow X \quad \text{人}$

注1 医師、歯科医師の標準員数の算定にあたっては、端数が生じる場合にはそのまま算定する。

注2 看護師(准看護師)及び看護補助者の算定にあたっては、それぞれ(X, Y)小数点以下を切上げるものとする。

注3 薬剤師の算定にあたっては、小数点以下を切上げるものとする。又、特定機能病院については、それぞれ(X, Y)小数点以下を切上げるものとする。

注4 医療法施行規則附則第52条による「療養病床等の転換にかかる経過的措置に関する届」をした病院が経過的措置を活用する場合、当該届の別紙1「医師、看護師その他の従業者の標準員数」の写しを添付すること。

注5 医学を履修する課程を置く大学に附属する病院(特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く。)又は内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻いんこう科を有する100床以上の病院(「内科等5科を有する100床以上の病院等」という。)で、かつ、精神病床を有する病院をいう。

注6 産婦人科又は産科においては、看護師及び准看護師のうちの適当数を助産師とするものとし、また、歯科、矯正歯科、小児歯科又は歯科口腔外科においては、そのうちの適当数を歯科衛生士とすることができる。

注7 表中、「 $\frac{D}{4}$ 」とあるのは、当分の間、「 $\frac{D}{5}$ 」とする。

ただし、看護補助者と合わせた数が「 $\frac{D}{4}$ 」となっていなければならない。

(例) 60床の精神病床の場合、看護師及び准看護師の12人(5:1)に、看護補助者を3人加えて計15人(4:1)を配置しなければならない。(医療法施行規則附則第20条)

(様式 1)

別紙 2 建物の構造概要

(1) 建物棟別構造概要

棟名	階数	延床面積 (㎡)	構造
計			

注1 階数は各階ごとに記入すること。

2 延床面積は建築確認申請書の延床面積と同じ面積であること。

3 構造とは、耐火構造、準耐火構造、防火構造、不燃材料、木造等の別をいう。

(2) 患者の使用する廊下の幅

		廊下幅		廊下幅	
片廊下	最大	mm ()	両側に居室 のある廊下	最大	mm ()
	最少	mm ()		最少	mm ()
		mm ()			mm ()
		mm ()			mm ()

注1 廊下幅は、内法で記載すること。

2 廊下幅の横のカッコ内には、病床種別を記入すること。

(3) 階段の構造概要

名称	幅 (mm)	けあげ (mm)	踏面 (mm)	踊り場 (mm)	くぐり戸 の 高さ×幅 (mm)	手すりの 有・無	屋内・ 屋外の 別	避難 階段
					×	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 内・ <input type="checkbox"/> 外	
					×	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 内・ <input type="checkbox"/> 外	
					×	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 内・ <input type="checkbox"/> 外	
					×	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 内・ <input type="checkbox"/> 外	
					×	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 内・ <input type="checkbox"/> 外	
					×	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 内・ <input type="checkbox"/> 外	
					×	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 内・ <input type="checkbox"/> 外	
					×	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 内・ <input type="checkbox"/> 外	
					×	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 内・ <input type="checkbox"/> 外	
					×	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 内・ <input type="checkbox"/> 外	

注1 階段の名称は、平面図にも記載すること。

2 寸法は、内法で記載すること。

3 避難階段の欄には、建築基準法施行令第 123 条に規定する避難階段に該当する場合、当該欄に○印を付すこと。

(様式1)

別紙3 法定施設等の構造設備の概要

(1) 診察室

階数	記号	室名	診療科名	診察室床面積 〔壁芯面積〕	処置室床面積 〔壁芯面積〕
階				m ²	m ²
階				m ²	m ²
階				m ²	m ²
階				m ²	m ²
階				m ²	m ²
階				m ²	m ²
階				m ²	m ²
階				m ²	m ²
階				m ²	m ²
階				m ²	m ²
階				m ²	m ²
階				m ²	m ²
階				m ²	m ²
階				m ²	m ²

注1 処置室を診察室と兼用する場合は、処置の内容、プライバシーの保護等に十分配慮すること。

2 診察室と処置室を兼用する場合は、総床面積を診察室床面積欄に記載し、そのうち、処置の占める床面積を処置室床面積に記載すること。

3 各室の記号は、申請者において付し、平面図にも記載すること。

(様式1)

別紙3 法定施設等の構造設備の概要

(2) 処置室

階数	記号	室名	診療科名	床面積 〔壁芯面積〕
階				m ²
階				m ²
階				m ²
階				m ²
階				m ²
階				m ²
階				m ²
階				m ²
階				m ²
階				m ²
階				m ²
階				m ²

注1 処置室を診察室と兼用する場合は、診察室の欄に記載すること。

2 処置室には、機能訓練室（リハビリテーション室）、人工透析室、内視鏡室、胃カメラ室等が該当する。

3 各室の記号は、申請者において付し、平面図にも記載すること。

(様式1)

別紙3 法定施設等の構造設備の概要

(3) 手術室

	室名				
手術室 (階)	床 (材質)				
	壁 (材質)				
	天井 (材質)				
	給排水	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	暖房方法				
	防爆設備 ※	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	手術台数	台	台	台	台
	床面積 〔壁芯面積〕	m ²	m ²	m ²	m ²
準備室 (階)	手洗滅菌装置	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	手術用被服	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	包帯材料	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	機械器具消毒設備	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
中央材料室 (階)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	主な設備の概要			
防爆設備を設置しない理由					

※ 防爆設備とは、エーテルなどの可燃性麻酔ガスを使用した際、これによっておこる爆発事故を防ぐ対策設備のことである。
(例：床を導電性に行っている等)

提出部数：2部

(様式1)

別紙3 法定施設等の構造設備の概要

(4) 臨床検査施設

階数	記号	室名	床面積 〔壁芯面積〕	主たる検査項目	設置している 検査設備	防火構造 の適否
階			m ²			<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否
階			m ²			<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否
階			m ²			<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否
階			m ²			<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否

注 各室の記号は、申請者において付し、平面図にも記載すること。

○必要な検査設備

設備名	有 無	設置室名	階数
血色素計	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		階
血沈管台	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		階
顕微鏡	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		階
電気冷蔵庫	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		階
血球分類計算器	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		階
遠心器	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		階
光電比色計	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		階
上皿てんびん	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		階
その他	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		階
	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		階
	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		階

○検体検査の業務を外部委託している場合

委託業者名		夜間救急時の検査体制
委託内容		<input type="checkbox"/> 確保 (室名：) <input type="checkbox"/> 未確保

注1 咯痰、血液、尿、ふん便等について、通常行われる臨床検査のできるものであること。

2 防火構造とは、火気を使用する場所の周辺に露出木部がないような構造をいう。

3 臨床検査施設には、MR I室、脳波室、心電図室、生化学検査室等が該当する。

4 臨床検査施設について、検体検査を委託する場合は、検体検査にかかる施設を設けないことができる。ただし、夜間救急時の検査体制が確保されていること。

5 生理学的検査（心電図検査等）に係る施設については外部委託が認められない。

提出部数：2部

(様式 1)

別紙 3 法定施設等の構造設備の概要

(5) 診療用エックス線装置及び同診療室

階	数	階	階	階	階	
記	号					
室	名					
用	途					
固定・移動・携帯の区別 該当するものの□を☑にすること。 移動、携帯型のときは()に保管場所を記載すること		□固定 □移動 □携帯 ()	□固定 □移動 □携帯 ()	□固定 □移動 □携帯 ()	□固定 □移動 □携帯 ()	
製 作 者 名						
型 式						
定 格 出 力	変 圧 器 式	連 続	KV	KV	KV	KV
		短 時 間	KV	KV	KV	KV
	畜 放 式	最 高 充 電 電 圧	KV	KV	KV	KV
		コ ン デ ン サ 容 量	μ F	μ F	μ F	μ F

注 各室の記号は、申請者において付し、平面図にも記載すること。

階 数	記号	室 名	床面積 (壁芯 面積) (㎡)	操作室 (㎡)	遮へい物の材質及び厚さ					
					壁				床	天井
					北	東	南	西		

(添付書類)

- ・遮へい計算書 ・遮へい計算詳細図
- ・装置の仕様書 (型式、定格出力、製造販売業者名、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律承認番号の確認できるもの) の写し

提出部数：2部

(様式 1)

別紙 3 法定施設等の構造設備の概要

(6) 調剤所

階数	記号	室名	床面積 〔壁芯面積〕	採光		換気方法
				室内	ルス	
階			m ²	室内	ルス	
				薬品棚	ルス	
				調剤台	ルス	
階			m ²	室内	ルス	
				薬品棚	ルス	
				調剤台	ルス	
階			m ²	室内	ルス	
				薬品棚	ルス	
				調剤台	ルス	

注 各室の記号は、申請者において付し、平面図にも記載すること。

○調剤設備

設備	有無	階数	室名
感量 10 mg のてんびん	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	階	
感量 500 mg の上皿てんびん	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	階	
冷暗所 (電気冷蔵庫)	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	階	
調剤台	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	階	
乳鉢・乳棒	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	階	
薬品棚	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	階	
麻薬保管庫	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	階	
毒薬保管庫	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	階	
その他の設備	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	階	
	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	階	
	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	階	
	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	階	
	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	階	
	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	階	

提出部数：2部

(様式1)

別紙3 法定施設等の構造設備の概要

(7) 給食施設

室名		床面積 [壁芯面積]	構造設備	
調理室 (階)		m ²	床	材質:
	下処理室	m ²	天井	材質:
	上処理室	m ²	給排水	
	特別調理室	m ²	照明	ルス
	盛付配膳室	m ²	換気方法	
	食器洗浄消毒室	m ²	防火設備	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	加熱処理室	m ²	手洗設備	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
倉庫		m ²	冷蔵庫	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	穀類	m ²	機器等	別添「厨房詳細図」のとおり
	野菜	m ²		
	調味料	m ²		
その他		m ²	事務室	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
		m ²	更衣・休憩室	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
		m ²	職員食堂	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
		m ²	患者食堂	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
		m ²	厨房職員専用便所	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
合計		m ²		

○給食施設の業務を外部委託している場合

委託業者名	
委託内容	

注 給食施設について、調理業務又は洗浄業務を委託する場合は、それぞれの業務にかかる施設を設けないことができる。ただし、加熱等の調理作業に必要な設備については設けなければならない。

(様式1)

別紙3 法定施設等の構造設備の概要

(8) 消毒施設 (被服・寝具等)

階数	記号	室名	床面積 〔壁芯面積〕	消毒方法	委託する場合	
					委託業者名	委託品目
階			m ²			

注1 消毒施設については、繊維製品の滅菌業務を委託する場合は、繊維製品の滅菌業務にかかる設備を設けないことができる。ただし、その他の業務については、施設を設ける必要がある。

2 各室の記号は、申請者において付し、平面図にも記載すること。

(9) 洗濯施設

区分	施設の 有無	階数	記号	室名	床面積 〔壁芯面積〕	委託する場合	
						委託業者名	委託品目
病院用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	階			m ²		
患者用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	階			m ²		

注1 洗濯施設については、寝具類の洗濯の業務を委託する場合は、寝具類の洗濯の業務にかかる設備を設けないことができる。ただし、その他の業務については、施設を設ける必要がある。

2 患者用については、法定施設外であるが、図面だけでは病院用と患者用の見分けがつかないため、参考で記入すること。

3 各室の記号は、申請者において付し、平面図にも記載すること。

(10) 分べん室

階数	記号	室名	床面積 〔壁芯面積〕	分べん 台数	入浴施設
階			m ²	台	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
階			m ²	台	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
階			m ²	台	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無

注 各室の記号は、申請者において付し、平面図にも記載すること。

(11) 新生児入浴施設

階数	記号	室名	床面積 〔壁芯面積〕
階			m ²
階			m ²
階			m ²

注 各室の記号は、申請者において付し、平面図にも記載すること。

(様式1)

別紙3 法定施設等の構造設備の概要

<療養病床を有する場合は、以下の(12)～(15)の施設を必置>

(12) 機能訓練室

階数	記号	室名	床面積		主要構造	設備概要
			壁芯面積	内法面積		
階			m ²	m ²		
階			m ²	m ²		
階			m ²	m ²		

注1 構造とは、耐火構造、準耐火構造、防火構造、不燃材料、木造等の別をいう。

2 各室の記号は、申請者において付し、平面図にも記載すること。

(13) 食堂

階数	記号	室名	床面積		主要構造
			壁芯面積	内法面積	
階			m ²	m ²	
階			m ²	m ²	
階			m ²	m ²	

注1 構造とは、耐火構造、準耐火構造、防火構造、不燃材料、木造等の別をいう。

2 各室の記号は、申請者において付し、平面図にも記載すること。

(14) 浴室

階数	記号	室名	床面積		主要構造	浴室の概要
			壁芯面積	内法面積		
階			m ²	m ²		
階			m ²	m ²		
階			m ²	m ²		

注1 構造とは、耐火構造、準耐火構造、防火構造、不燃材料、木造等の別をいう。

2 各室の記号は、申請者において付し、平面図にも記載すること。

(15) 談話室

専用・共用 の別	階数	記号	室名	床面積		主要構造
				壁芯面積	内法面積	
<input type="checkbox"/> 専用 <input type="checkbox"/> 共用	階			m ²	m ²	
<input type="checkbox"/> 専用 <input type="checkbox"/> 共用	階			m ²	m ²	
<input type="checkbox"/> 専用 <input type="checkbox"/> 共用	階			m ²	m ²	

注1 構造とは、耐火構造、準耐火構造、防火構造、不燃材料、木造等の別をいう。

2 各室の記号は、申請者において付し、平面図にも記載すること。

提出部数：2部

(様式1)

別紙3 法定施設等の構造設備の概要

(16) 歯科技工室

階数	記号	室名	床面積 (壁芯面積) m ²	設備状況		
				換気設備	防塵設備	防火設備
階						

注1 設備状況については、具体的な設備の状況を記載すること。

2 各室の記号は、申請者において付し、平面図にも記載すること。

○設備の概要

設備の名称		有無
技 工 台		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
レジン重合器		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
技工用エンジン		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
モデルトリマー		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
鋳 造 器		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
レ ジ ン		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
そ の 他 の 設 備		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無

(様式1)

別紙3 法定施設等の構造設備の概要

(17) 診療用高エネルギー放射線発生装置及び同使用室

区 分		1	2
加速器の種別			
製作者名			
型 式			
定格出力 最大エネルギー	電子線	MeV	MeV
	엑스線	MeV	MeV
엑스線装置の併設		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無

階数	記号	室名	床面積 〔壁芯 面積〕 (㎡)	遮へい物の材質及び厚さ					
				壁				床	天井
				北	東	南	西		
		操作室		—	—	—	—	—	—

注 各室の記号は、申請者において付し、平面図にも記載すること。

(添付書類)

- ・遮へい計算書 ・遮へい計算詳細図
- ・装置の仕様書 (型式、定格出力、製造販売業者名、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律承認番号の確認できるもの) の写し

提出部数：2部

(様式1)

別紙3 法定施設等の構造設備の概要

(18) 診療用放射線照射装置及び同使用室・治療病室

区分		1	2
製作者名			
型式			
装備されている 放射性同位元素	種類		
	数量 (Bq)		
エックス線装置の併設		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無

階数	記号	室名	床面積 〔壁芯 面積〕 (㎡)	遮へい物の材質及び厚さ					
				壁				床	天井
				北	東	南	西		
		操作室		—	—	—	—	—	—

注 各室の記号は、申請者において付し、平面図にも記載すること。

(添付書類)

- ・遮へい計算書 ・遮へい計算詳細図
- ・装置の仕様書 (型式、定格出力、製造販売業者名、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律承認番号の確認できるもの) の写し

提出部数：2部

(様式 1)

別紙 3 法定施設等の構造設備の概要

(19) 診療用放射線照射器具及び同使用室・治療病室

放射性同位元素	種 類				
	物理的半減期				
形 状 該当するものの□を☑にすること その他の場合は、() に形状を記載すること	<input type="checkbox"/> 管 <input type="checkbox"/> 針 <input type="checkbox"/> 球 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 管 <input type="checkbox"/> 針 <input type="checkbox"/> 球 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 管 <input type="checkbox"/> 針 <input type="checkbox"/> 球 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 管 <input type="checkbox"/> 針 <input type="checkbox"/> 球 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 管 <input type="checkbox"/> 針 <input type="checkbox"/> 球 <input type="checkbox"/> その他 ()
型 式					
1 個当たりの数量 (B q)					
個 数					
合計数量 (B q)					
物理的 半減期が 30 日以下 のもの	1 日最大使用予定数量 (B q)				
	最大貯蔵予定数量 (B q)				

階数	記号	室 名	床面積 〔壁芯 面積〕 (㎡)	遮へい物の材質及び厚さ					
				壁				床	天井
				北	東	南	西		

注 各室の記号は、申請者において付し、平面図にも記載すること。

(添付書類)

- ・遮へい計算書 ・遮へい計算詳細図
- ・器具の仕様書 (型式、数量、製造販売業者名、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律承認番号の確認できるもの) の写し

提出部数：2 部

(様式1)

別紙3 法定施設等の構造設備の概要

(20) 放射性同位元素装備診療機器及び使用室

区分		1	2
製作者名			
型式			
装備されている 放射性同位元素	種類		
	数量 (Bq)		
用途			

階数	記号	室名	床面積 〔壁芯 面積〕 (㎡)	遮へい物の材質及び厚さ					
				壁				床	天井
				北	東	南	西		
建築物の主要構造物 該当するものの□を☑にすること			☐耐火構造・☐不燃材料						

注 各室の記号は、申請者において付し、平面図にも記載すること。

(添付書類)

- ・遮へい計算書 ・遮へい計算詳細図
- ・装置の仕様書 (型式、定格出力、製造販売業者名、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律承認番号の確認できるもの) の写し

提出部数：2部

(様式 1)

別紙 3 法定施設等の構造設備の概要

(21-1) 診療用放射性同位元素 (治験薬) 及び同使用室・治療病室

放射性同位元素 該当するものの□を☑にすること	種 類			
	形 状	<input type="checkbox"/> 液体 <input type="checkbox"/> 気体	<input type="checkbox"/> 固体	<input type="checkbox"/> 液体 <input type="checkbox"/> 気体
年間使用予定数量 (MB q)				
3 月間最大使用予定数量 (MB q)				
1 日最大使用予定数量 (MB q)				
最大貯蔵予定数量 (MB q)				

注 「形状」とは、気体・液体・固体等の状態を記入する。

階数	記号	室 名	床面積 〔壁芯 面積〕 (㎡)	遮へい物の材質及び厚さ					
				壁				床	天井
				北	東	南	西		
建築物の主要構造物 該当するものの□を☑にすること				<input type="checkbox"/> 耐火構造・ <input type="checkbox"/> 不燃材料					

注 各室の記号は、申請者において付し、平面図にも記載すること。

(添付書類)

- ・使用予定核種及び数量の確認できる書類、計算条件を示した書類
- ・遮へい計算書、遮へい計算詳細図

提出部数：2部

(様式 1)

別紙 3 法定施設等の構造設備の概要

(21-2) 陽電子断層撮影診療用放射性同位元素 (治験薬) 及び同使用室・治療病室

放射性同位元素 該当するものの□を☑にすること	種 類			
	形 状	<input type="checkbox"/> 液体 <input type="checkbox"/> 固体 <input type="checkbox"/> 気体	<input type="checkbox"/> 液体 <input type="checkbox"/> 固体 <input type="checkbox"/> 気体	<input type="checkbox"/> 液体 <input type="checkbox"/> 固体 <input type="checkbox"/> 気体
年間使用予定数量 (MB q)				
3 月間最大使用予定数量 (MB q)				
1 日最大使用予定数量 (MB q)				
最大貯蔵予定数量 (MB q)				

注 「形状」とは、気体・液体・固体等の状態を記入する。

階数	記号	室 名	床面積 〔壁芯 面積〕 (㎡)	遮へい物の材質及び厚さ					
				壁				床	天井
				北	東	南	西		
建築物の主要構造物 該当するものの□を☑にすること				<input type="checkbox"/> 耐火構造・ <input type="checkbox"/> 不燃材料					

注 各室の記号は、申請者において付し、平面図にも記載すること。

(添付書類)

- ・使用予定核種及び数量の確認できる書類、計算条件を示した書類
- ・遮へい計算書 ・遮へい計算詳細図

提出部数：2部

(様式 1)

別紙 3 法定施設等の構造設備の概要

(21-3) 診療用放射性同位元素使用器具 (治験薬) 及び同使用室・治療病室

放射性同位元素	種 類			
	形 状			
年間使用予定数量 (MB q)				
3 月間最大使用予定数量 (MB q)				
1 日最大使用予定数量 (MB q)				
最大貯蔵予定数量 (MB q)				

注 「形状」とは、気体・液体・固体・ガラスビーズ等の状態を記入する。

階数	記号	室 名	床面積 〔壁芯 面積〕 (㎡)	遮へい物の材質及び厚さ					
				壁				床	天井
				北	東	南	西		
建築物の主要構造物 該当するものの□を☑にすること				☐耐火構造・☐不燃材料					

注 各室の記号は、申請者において付し、平面図にも記載すること。

(添付書類)

- ・使用予定核種及び数量の確認できる書類、計算条件を示した書類
- ・遮へい計算書、遮へい計算詳細図

提出部数：2部

(様式1)

別紙3 法定施設等の構造設備の概要

(22) 精神・結核又は感染症病室がある場合、特に設ける施設又は設備

	設備	内容
精神病室	危険防止設備	
	保護室	
感染症病室 結核病室	感染予防設備	
	消毒設備	

(様式 1)

別紙 5 病院の汚水排出に関する届出書

		1	2	3
汚水を排出しようとする公共用水域の種類及び名称	種 類			
	名 称			
汚水を排出しようとする場所	排出口の所在地			
	河川の場合、 右岸・左岸の別			
汚水排出方法	ポンプ排出・ 自然排出の別			
	排 出 口 の 構 造 概 要			
排出しようとする 汚水の量	通 常	m ³ /日	m ³ /日	m ³ /日
	最 大	m ³ /日	m ³ /日	m ³ /日
排出しようとする 汚水の水質	生物化学的酵素 要求量 (BOD)	P. P. M	P. P. M	P. P. M
	水素イオン濃度 (P. H)			
	浮 遊 物 質 量 (S. S)	P. P. M	P. P. M	P. P. M
	そ の 他			
排出しようとする 汚水の処理方法	汚 水 処 理 方 法			
	処 理 施 設 の 名 称			
	処 理 能 力			
汚水排出経路概要図 (汚水処理系統を含む)		別紙図面のとおり		

提出部数：2部