

(様式2-2)

病院構造設備使用許可申請書 (自主検査)

年 月 日

(宛先) 寝屋川市長

所在地 (〒 -)

氏 名

電 話 ()

FAX ()

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、病院の構造設備を使用したいので「検査結果の届出書」を添えて、医療法第27条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2-2)

1	ふりがな 病院名							
2	開設の場所	郵便番号	〒 —					
		所在地						
		電話	()					
		F A X	()					
		e-mail						
3	診療科名 (※欄外「注1～4」参照)							
4	開設許可又は 変更許可年月 日及び同指令 番号	令和 年 月 日 健総第 号						
5	構造設備及び 平面図 (添付している ものの□を☑ にすること)	<input type="checkbox"/> 別紙1 建物の構造概要 <input type="checkbox"/> 別紙2 法定施設等の構造設備の概要 <input type="checkbox"/> 別紙3 病室別病床数等 <input type="checkbox"/> 平面図 (※) <input type="checkbox"/> エックス線関係図面 { 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 }						
6	病床種別ごとの 病床数	区分	一般	療養	精神	結核	感染症	計
		開設許可又は変更許可病床数	床	床	床	床	床	床
		使用許可済病床数	床	床	床	床	床	床
		使用許可対象病床数	床	床	床	床	床	床
		使用許可対象外病床数	床	床	床	床	床	床
7	建築基準法の検査済証の写	別添のとおり						
8	使用予定年月日	令和 年 月 日						

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。

※ 使用許可が必要な法定施設を黄線で明示すること。なお、黄線は、室ごとに引くこととし、当該線により構造物が不明瞭にならないよう注意すること。

提出部数：2部

(様式2-2)

<p>9 従業者数</p> <p>(注1 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師・准看護師、栄養士、歯科衛生士については、非常勤欄の()内に常勤換算数を記載し、小計は常勤の計とすること。</p> <p>注2 上記以外の職種については、常勤、非常勤の別に記載されていること。)</p>	医師	常 勤	名	歯科医師	常 勤	名
		非常勤	名(名)		非常勤	名(名)
		小 計	名		小 計	名
	薬剤師	常 勤	名	栄養士	常 勤	名
		非常勤	名(名)		非常勤	名(名)
		小 計	名		小 計	名
	看護師	常 勤	名	助産師	常 勤	名
		非常勤	名(名)		非常勤	名(名)
		小 計	名		小 計	名
	准看護師	常 勤	名	看護補助者	常 勤	名
		非常勤	名(名)		非常勤	名(名)
		小 計	名		小 計	名
	保健師	常 勤	名	歯科衛生士	常 勤	名
		非常勤	名(名)		非常勤	名(名)
		小 計	名		小 計	名
	診療放射線技師	常 勤	名	診療エックス線技師	常 勤	名
		非常勤	名		非常勤	名
	臨床検査技師	常 勤	名	衛生検査技師	常 勤	名
		非常勤	名		非常勤	名
	臨床工学技士	常 勤	名	歯科技工士	常 勤	名
		非常勤	名		非常勤	名
	理学療法士	常 勤	名	作業療法士	常 勤	名
		非常勤	名		非常勤	名
	視能訓練士	常 勤	名	義肢装具士	常 勤	名
		非常勤	名		非常勤	名
	言語聴覚士	常 勤	名	精神保健福祉士	常 勤	名
		非常勤	名		非常勤	名
柔道整復師	常 勤	名	あん摩マッサージ指圧師	常 勤	名	
	非常勤	名		非常勤	名	
その他	常 勤	名	合計	常 勤	名	
	非常勤	名		非常勤	名(名)	
10 従業者名簿	別紙4のとおり					

注 病院開設許可に伴う使用許可の際には、「9 従業者数」を必ず記載し、「10 従業者名簿(別紙4)」を添付すること。

また、病院開設許可事項中一部変更許可に伴う使用許可の際は、医療法施行規則第19条に定める従業者の標準員数に変更があった場合、「9 従業者数」を必ず記載し、「10 従業者名簿(別紙4)」を添付すること。

(例)・増床(病床種別の変更を含む)に伴う使用許可

・外来患者数等の変更(新たに「歯科」等の標ぼうを行うなど)

(様式 2 - 2)

別紙 1 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 ()		mm ()
	最少	mm ()		最少	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ついて、当該欄に○印を付すこと。

(様式 2 - 2)

別紙 2 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。

提出部数：2部

(様式 2 - 2)

別紙 2 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

提出部数：2部

別紙 2 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)

(様式 2 - 2)

別紙 2 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	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		階
の	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		階
他	<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 2 - 2)

別紙 2 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、携帯型の場合は()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		

提出部数：2部

(様式 2 - 2)

別紙 2 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 2 - 2)

別紙 2 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	ルース
	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。

提出部数：2部

(様式 2 - 2)

別紙 2 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

提出部数：2部

(様式 2 - 2)

別紙 2 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 2 - 2)

別紙 2 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
モデルトリーマー		<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

提出部数：2部

(様式 2 - 2)

別紙 2 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	Me V	Me V
	エックス線	Me V	Me V
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。

提出部数：2部

(様式 2 - 2)

別紙 2 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。

提出部数：2部

(様式 2 - 2)

別紙 2 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。

提出部数：2部

(様式 2 - 2)

別紙 2 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。

提出部数：2部

(様式 2 - 2)

別紙 2 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。

提出部数：2部

(様式 2 - 2)

別紙 2 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"/> 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。

提出部数：2部

(様式 2 - 2)

別紙 2 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・ガラスび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。

提出部数：2 部

(様式 2 - 2)

別紙 2 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 2 - 2)

別紙 3 病室別病床数等

病棟名	病室名	病種	床別	病床数 床	床面積 m ²	有効 内法 床面積 m ²	1床 あたり 床面積 m ²	採面 光積 m ²	直接外 気開放 面積 m ²
小計					—	—	—	—	—
小計					—	—	—	—	—
合計					—	—	—	—	—

注1 病棟ごとに小計を記入すること。
 2 ICUについては、近畿厚生局長において特定集中治療室管理にかかる届出が受理されている場合には、室名の下に「施設基準届出」と記載すること。

提出部数：2部

(様式2-2)

別紙4 従業者名簿 (No.)

職名	職種	氏名	生年月日	籍登録番号	籍登録年月日	常勤・非常勤の別	備考
			年 月 日		年 月 日	常勤() 非常勤()	
			年 月 日		年 月 日	常勤() 非常勤()	
			年 月 日		年 月 日	常勤() 非常勤()	
			年 月 日		年 月 日	常勤() 非常勤()	
			年 月 日		年 月 日	常勤() 非常勤()	
			年 月 日		年 月 日	常勤() 非常勤()	
			年 月 日		年 月 日	常勤() 非常勤()	
			年 月 日		年 月 日	常勤() 非常勤()	
			年 月 日		年 月 日	常勤() 非常勤()	
			年 月 日		年 月 日	常勤() 非常勤()	
			年 月 日		年 月 日	常勤() 非常勤()	
			年 月 日		年 月 日	常勤() 非常勤()	
			年 月 日		年 月 日	常勤() 非常勤()	
			年 月 日		年 月 日	常勤() 非常勤()	
			年 月 日		年 月 日	常勤() 非常勤()	
			年 月 日		年 月 日	常勤() 非常勤()	
			年 月 日		年 月 日	常勤() 非常勤()	
			年 月 日		年 月 日	常勤() 非常勤()	
			年 月 日		年 月 日	常勤() 非常勤()	

注1 この名簿は、病院に勤務する医療従業者についてその職種ごとに常勤・非常勤の順で記載すること。

2 都道府県知事免許にあっては、都道府県名を籍登録番号欄に併せて記載すること。

3 「常勤・非常勤の別」欄の()内には、それぞれの1週間の勤務時間数を記載すること。

4 他の医療機関に勤務する場合は、常勤、非常勤にかかわらずその病院等の名称を備考欄に記載すること。

提出部数：2部

検査結果の届出書

年 月 日

(あて先)

所在地 (〒 -)

氏 名

電 話 ()

F A X ()

E-mail

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

1 ふりがな 病 院 名		
2 開設の場所	郵便番号	〒 -
	所在地	
	電 話	()
	F A X	()
	e - m a i l	
3 検査実施者	氏 名	
	所属 (役職等)	
4 自主検査実施 年月日	年 月 日	
5 軽微な変更の 区分 (該当するものの□を ☑にすること)	<input type="checkbox"/> 病室、手術室又は診療用放射線に関する構造設備以外の構造設備の内容を変更 <input type="checkbox"/> 医療法及び医療法施行規則において規定される構造設備基準に抵触する可能性 がない範囲での変更 <input type="checkbox"/> 開設者が変更されることに伴い、形式的に新規開設となる場合であって、何ら実 質的な変更が生じない変更	
6 検査の種別 (該当するものの□を ☑にすること)	<input type="checkbox"/> 医療法第7条第1項の許可に係るもの <input type="checkbox"/> 医療法第7条第2項の許可に係るもの	

(様式 2 - 2)

7 検査実施項目 及び検査結果 (該当するものの□を ☑にすること)	<input type="checkbox"/> 「別紙 1 建物の構造 概要」について	・図面照合 (<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合) ・必要な基準 (<input type="checkbox"/> 満たしている <input type="checkbox"/> 満たしていない) ・実際の状態 (<input type="checkbox"/> 使用可能 <input type="checkbox"/> 使用不可)
	<input type="checkbox"/> 「別紙 2 法定施設等 の構造設備の概要」 について	・図面照合 (<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合) ・必要な基準 (<input type="checkbox"/> 満たしている <input type="checkbox"/> 満たしていない) ・実際の状態 (<input type="checkbox"/> 使用可能 <input type="checkbox"/> 使用不可)
	<input type="checkbox"/> 「別紙 3 病室別病床 数等」について	・図面照合 (<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合) ・必要な基準 (<input type="checkbox"/> 満たしている <input type="checkbox"/> 満たしていない) ・実際の状態 (<input type="checkbox"/> 使用可能 <input type="checkbox"/> 使用不可)
	<input type="checkbox"/> 「別紙 4 従業者名 簿」について	・医師、看護師その他の従業員の標準員数 (<input type="checkbox"/> 確保されている <input type="checkbox"/> 確保されていない)

注 1 この届出書は、医療法 27 条の検査について、自主検査 (※) を希望する場合に、使用許可申請書 (様式 2 - 2) に添付してください。

※ 自主検査：検査の対象とする構造設備について、申請者自身が検査を行うことにより、必要な基準を満たし、実際に使用可能な状態にあることを確認すること。

2 なお、自主検査によることができる項目については、軽微な変更等の場合に限定されていますので、事前に確認をお願いします。(例 病室、手術室又は診療放射線に関する構造設備の変更の場合は不可)

3 一の開設許可申請もしくは一の病院開設許可事項中一部変更許可申請に係る使用許可申請について、そのうちの一部のみを自主検査により行うことはできません。

4 「6 検査実施項目及び検査結果」欄には、別紙 1 ~ 4 ごとに記載してください。当該欄に掲げた検査結果については、以下の要件を満たす必要があります。

- (1) 現状が、使用許可申請書 (様式 2 - 2) に添付した図面照合し、相違ないこと。
- (2) 医療法に基づく、必要な基準が満たされていること。
- (3) 現状が、実際に使用可能な状態にあること。
- (4) 使用室の構造変更を伴わずにエックス線装置以外の放射線装置のみを変更・追加する場合には、標識類 (管理区域・使用中表示・患者注意事項・従事者注意事項) が整備されていること。
- (5) 下記に記載する別途許可等を受けているものについては、内容を確認できる書面を添付してください。

ア 建築基準法による検査済証若しくは確認通知書の副本

イ 放射線漏洩線量当量測定結果報告書

ウ MR I 高周波利用設備の許可

5 使用許可証を交付した後に、医療法の構造設備に関する規定に違反する事実が判明した場合には、同法第 24 条による施設の使用制限命令等を受けることになります。検査は慎重に実施してください。

備考：開設者の氏名 (法人にあつては、代表者の氏名) の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。