

病院開設許可申請書

年 月 日

(あて先) 京 都 市 長

開設者の住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

〒

電話 ()

開設者の氏名 (法人にあつては、法人の名称及び代表者名)

下記のとおり、病院の開設の許可を申請します。

記

フリガナ 1 名称	電話 ()
フリガナ 2 開設場所	〒
3 診療科名 (※欄外「注1～4」 参照)	

4 開設の目的等 (開設者が医師又は歯科医師以外の場合のみ記載すること)

開設の目的	
維持の方法	

5 開設者の状況 (開設者が医師又は歯科医師個人の場合のみ記載すること)

現に他の病院 (診療所) を、開設 (管理、勤務) している場合	当該施設 の名称、所在地	
本施設と同時に病院 (診療所) を 開設しようとしている場合		

6 従業員の定員等 (※標準員数の定めないものについては定員のみ)		定員	標準員数		定員	標準員数
	医師			臨床検査技師		—
	歯科医師			衛生検査技師		—
	薬剤師			臨床工学技士		—
	看護師			視能訓練士		—
	准看護師			義肢装具士		—
	看護補助者			言語聴覚士		—
	管理栄養士			精神保健福祉士		—
	栄養士			歯科衛生士		—
	診療放射線技師		—	歯科技工士		—
	理学療法士		—			
	作業療法士		—			
	助産師		—			
	診療X線技師		—	計		—
標準員数算定表	別紙1のとおり (※従業員予定者名簿も添付のこと。)					
7 周囲見取図	見取図	別添第1図のとおり				
8 敷地の面積及び平面図	敷地面積	m ² (※上記面積の記載の根拠となる資料を添付すること。)				
	平面図	別添第2図のとおり				
9 建物の構造概要及び平面図	建物延面積	m ² (※上記面積の記載の根拠となる資料を添付すること。)				
	建物の構造概要	別添2のとおり (※建物配置図(別添第3図)を添付すること。)				
	平面図	別添第4図のとおり(平面図中に、各室の用途、病室については病床種別、病床数、床面積(内法)、階段についてはけあげ、踏面、手すり、幅員(内法)、廊下については幅員(内法)、歯科技工室については防塵設備の概要を記入すること。)				
10 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)		
	X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		
	分べん室	<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				

11 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 <input type="checkbox"/> を <input checked="" type="checkbox"/> にすること)	別紙3のとおり					
12 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 床	療養 床	精神 床	結核 床	感染症 床	計 床
	各病室の病床数	別紙4のとおり					
13 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。						
14 開設予定年月日	年 月 日						
15 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						

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 麻酔科を標ぼうする場合は、「麻酔科標ぼう許可書」の写しを添付すること。

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。

別紙1 従業員の標準員数算定表

1 入力欄

(1) 一日平均入院患者数 (※小数第二位以下切り捨て、小数第一位まで入力)		
A: 一般病床(歯科関係入院分を除く)	<input type="text"/>	人
B: 療養病床	<input type="text"/>	人
C: 精神病床	<input type="text"/>	人
D: 結核病床	<input type="text"/>	人
E: 感染症病床	<input type="text"/>	人
F: 入院している新生児	<input type="text"/>	人
G: 歯科病床(歯科, 矯正歯科, 小児歯科及び歯科口腔外科)	<input type="text"/>	人
(2) 一日平均外来患者数等 (※小数第二位以下切り捨て、小数第一位まで入力)		
a: 外来患者数(精神科, 耳鼻いんこう科, 眼科及び歯科関係を除く)	<input type="text"/>	人
b: 精神科, 耳鼻いんこう科又は眼科外来患者数	<input type="text"/>	人
c: 歯科関係外来患者数	<input type="text"/>	人
d: 外来患者に係る取扱処方せん数	<input type="text"/>	人
・特定機能病院 → <input type="text"/> (該当する場合は○) ・歯科専門の病院 → <input type="text"/> (該当する場合は○) ・大学附属病院(特定機能病院を除く。)及び100床以上の病床を有し、内科・外科・産婦人科・眼科・耳鼻いんこう科を含み精神病床を有する病院 → <input type="text"/> (該当する場合は○) ・療養病床の全病床に占める割合が50%超の病院 → <input type="text"/> (該当する場合は○) ・看護師①で(※)に該当する病院 → <input type="text"/> (該当する場合は○)		

2 計算式及び計算結果

以下の計算において、破線で囲まれた項目の計算結果は、小数点第2位を切り捨て小数点第1位までとする。

○ 医師(最終結果がそのまま標準員数となるが、[]の計算結果が0以下の場合は、[]の計算結果は0とする)

① 通常の場合

$$[A+D+E + \frac{B}{3} + \frac{C}{3} + \frac{a}{2.5} + \frac{b}{5} - 52] \div 16 + 3 = \text{[]} \text{人}$$

② 特定機能病院

$$[A+B+C+D+E + \frac{a+b}{2.5}] \div 8 = \text{[]} \text{人}$$

③ 大学附属病院(②特定機能病院を除く。)及び100床以上の病床を有し、内科・外科・産婦人科・眼科・耳鼻いんこう科を含み精神病床を有する病院

$$[A+C+D+E + \frac{B}{3} + \frac{a}{2.5} + \frac{b}{5} - 52] \div 16 + 3 = \text{[]} \text{人}$$

④ 療養病床の全病床に占める割合が50%を超える病院

$$[A+D+E + \frac{B}{3} + \frac{C}{3} + \frac{a}{2.5} + \frac{b}{5} - 36] \div 16 + 2 = \text{[]} \text{人}$$

○ 歯科医師(各計算結果は小数点第1位を切り上げ整数とし、[]の計算結果が0以下の場合は、0とする。)

① 通常の場合

$$\frac{G}{16} = X \quad \frac{c}{20} = Y \quad X + Y = \text{[]} \text{人}$$

② 特定機能病院

$$\frac{G}{8} = X \quad \frac{c}{20} = Y \quad X + Y = \text{[]} \text{人}$$

③ 歯科専門の病院

$$[\frac{G-52}{16}] + 3 + \frac{c}{20} = \text{[]} \text{人}$$

別紙1 従業員の標準員数算定表

○ 看護師（入院分の合計を小数点第1位で切り上げ整数とし、外来患者の数が30又はその端数を増すごとに1を加え、最終結果は入院分と外来分を足した整数とする）

① 通常の場合

$$\text{入院分} \quad \frac{A+F+G}{3} + \frac{E}{3} + \frac{B^{(*)}}{4} + \frac{C}{4} + \frac{D}{4} = X$$

$$\text{外来分} \quad \frac{a+b+c}{30} = Y \text{ (端数切り上げ)} \quad X + Y = \boxed{} \text{ 人}$$

(※)平成30年4月1日から平成30年6月30日までの間に、特定介護療養型医療施設等の届出をした病院については、平成36年3月31日まで入院分Bの分母を4から6にする。 ※ $\boxed{}$ 人

② 特定機能病院

$$\text{入院分} \quad \frac{A+B+C+D+E+F+G}{2} = X$$

$$\text{外来分} \quad \frac{a+b+c}{30} = Y \text{ (端数切り上げ)} \quad X + Y = \boxed{} \text{ 人}$$

③ 大学附属病院(②特定機能病院を除く。)及び100床以上の病床を有し、内科・外科・産婦人科・眼科・耳鼻いんこう科を含み精神病床を有する病院

$$\text{入院分} \quad \frac{A+F+G}{3} + \frac{E}{3} + \frac{B}{4} + \frac{C}{3} + \frac{D}{4} = X$$

$$\text{外来分} \quad \frac{a+b+c}{30} = Y \text{ (端数切り上げ)} \quad X + Y = \boxed{} \text{ 人}$$

○ 薬剤師（最終結果は小数点第1位を切り上げ整数とする）

① 通常の場合

$$\frac{A+G}{70} + \frac{D}{70} + \frac{E}{70} + \frac{B}{150} + \frac{C}{150} + \frac{d}{75} = \boxed{} \text{ 人}$$

② 特定機能病院

$$\text{必要数} \quad \frac{A+B+C+D+E+G}{30} \quad \text{標準員数} \quad \frac{\text{調剤数}}{80} = \boxed{} \text{ 人}$$

③ 大学附属病院(②特定機能病院を除く。)及び100床以上の病床を有し、内科・外科・産婦人科・眼科・耳鼻いんこう科を含み精神病床を有する病院

$$\frac{A+G}{70} + \frac{D}{70} + \frac{E}{70} + \frac{B}{150} + \frac{C}{70} + \frac{d}{75} = \boxed{} \text{ 人}$$

別紙1 従業員の標準員数算定表

- 看護補助者(最終結果は端数を切り上げ整数とする)

療養病床を有する病院

$$\frac{B}{4} \quad (\text{端数切り上げ})$$

= 人

(※)平成30年4月1日から平成30年6月30日までの間に、特定介護療養型医療施設等の届出をした病院については、平成36年3月31日まで入院分Bの分母を4から6にする。

※ 人

- 栄養士

① 通常の場合 100床以上の病院に1人

= 人

② 特定機能病院 1人以上の管理栄養士がいること

= 人

別紙2 建物の構造概要

(1) 建物棟別構造概要

棟名	構造	建物延面積	主要構造部 耐火構造
	造 地上 階, 地下 階	m ²	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
	造 地上 階, 地下 階	m ²	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
	造 地上 階, 地下 階	m ²	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
	造 地上 階, 地下 階	m ²	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
計		m ²	

注 構造の欄は、鉄筋コンクリート造、鉄骨造、木造等を記載すること。

(2) 患者の使用する廊下の幅

棟名	階数	病床種別	両側に居室のある廊下の幅 (m)	左記以外の廊下の幅 (m)

注 廊下の幅は、最小となっている箇所の幅を内法で記載すること。

(3) 階段の構造概要

名称	幅 (m)	けあげ (m)	踏面 (m)	踊り場 (m)	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	

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。

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
階			
階			
階			
階			
階			
階			
階			
階			
階			
階			
階			
階			

- 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 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。

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
階			
階			
階			
階			
階			
階			
階			
階			
階			
階			
階			
階			

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 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。

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)				
	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
	手洗設備	<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
(階) 準備室	手洗設備	<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
	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
防爆設備が無の場合, 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: 床を導電性になっている等)

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	主たる検査項目	設置している検査設備
階				
階				
階				
階				

注1 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。

2 設置している検査設備の例：血色素計、血沈管台、顕微鏡、冷蔵庫、血球分類計算器、遠心器、光電比色計、上皿てんびん等

○検体検査の業務を外部委託している場合

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

注1 喀痰、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 臨床検査施設には、MRI室、脳波室、心電図室、生化学検査室等が該当する。

3 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。

4 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。

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	
				mA	mA	mA	mA	
		短	時	間	kv	kv	kv	kv
					mA	mA	mA	mA
				S	S	S	S	
	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1 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。

2 短時間定格について{mAs}で記入する場合は、mA欄に記載し単位をmAsに変更すること。

階 数	記号	室名	操作室の有無	遮へい物の材質及び厚さ					
				壁				床	天井
				北	東	南	西		
			□有・□無						
			□有・□無						
			□有・□無						
			□有・□無						
			□有・□無						
			□有・□無						

(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, 薬事法承認番号の確認できるもの) の写し

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	採光	換気設備
階			<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
階			<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
階			<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<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。

○調剤設備

設備	有無	室名
感量 10 mg のてんびん	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
感量 500 mg の上皿てんびん	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
冷暗所（電気冷蔵庫）	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
その他の設備		

別紙3 法定施設等の構造設備の概要

(7) 給食施設

室名	有無	構造設備	
調理室（階）	□有・□無	床	材質：
		給排水	□有・□無
		食器消毒設備	□有・□無
		防火設備	□有・□無
		手洗設備	□有・□無
		冷蔵庫	□有・□無
		ウイルス感染の危険のある患者の食器と別個に消毒できる設備	□有・□無
厨房職員更衣室	□有・□無	—	—
職員食堂	□有・□無	—	—
患者食堂	□有・□無	—	—
厨房職員専用便所	□有・□無	—	—
給食可能な人数		人（病床数 床）	

○給食施設の業務を外部委託している場合

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。

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	消毒方法	委託する場合
				委託内容
階				<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部（内容： ）

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	委託する場合
					委託内容
病院用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	階			<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部（内容： ）
患者用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	階			/

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
階		
階		
階		

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
階		
階		
階		

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。

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 (内法)	設備概要
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。

(13) 食堂

階数	記号	室名	床面積 (内法)
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。

(14) 浴室

階数	記号	室名	身体の不自由な者が入浴するのに適した設備
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

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。

(15) 談話室

専用・共用の別	階数	記号	室名	床面積 (内法)
<input type="checkbox"/> 専用 <input type="checkbox"/> 共用	階			m ²
<input type="checkbox"/> 専用 <input type="checkbox"/> 共用	階			m ²
<input type="checkbox"/> 専用 <input type="checkbox"/> 共用	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。

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	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。

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	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
インターロックの設置		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無

階数	記号	室 名	操作室の 有・無	遮へい物の材質及び厚さ					
				壁				床	天井
				北	東	南	西		
放射化物保管設備・保管廃棄設備の有無（有 ・ 無） ※ 最大加速エネルギーが6MeVを超える電子加速器，X線の最大エネルギーが6MeVを超える場合等（放射線発生装置から取り外された後，速やかに廃棄業者に引き渡す場合を除く）									

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，薬事法承認番号の確認できるもの）の写し

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
使用室の主要構造物 該当するものの <input type="checkbox"/> を <input checked="" type="checkbox"/> にすること		<input type="checkbox"/> 耐火構造・ <input type="checkbox"/> 不燃材料	<input type="checkbox"/> 耐火構造・ <input type="checkbox"/> 不燃材料

階数	記号	室 名	操作室の 有・無	遮へい物の材質及び厚さ					
				壁				床	天井
				北	東	南	西		
○ 貯蔵施設 [耐火構造] の有無 (有 ・ 無) ※ 有りの場合は、下記を記載 ※ 診療用放射線照射器具及び診療用放射性同位元素貯蔵室と兼用の場合は、その旨									
○ 運搬容器の有無 (有 ・ 無) ※ 院内で運搬して使用する場合 ・容器保管場所 []									
○ 治療病室の有無 (有 ・ 無) ※ 有りの場合、下記を記載 ※ 無の場合、診療用放射線照射装置を持続的に体内に挿入する治療の有無の確認									
			治療病室						

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, 薬事法承認番号の確認できるもの) の写し

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 (Bq)					
個数					
合計数量 (Bq)					
物理的半減期が30日以下のもの	1日最大使用予定数量 (Bq)				
	最大貯蔵予定数量 (Bq)				

階数	記号	室名	遮へい物の材質及び厚さ					
			壁				床	天井
			北	東	南	西		
○ 貯蔵施設 [耐火構造] の有無 (有 ・ 無) ※ 有りの場合は、下記を記載								
○ 運搬容器の有無 (有 ・ 無) ※ 院内で運搬して使用する場合								
・ 容器保管場所 []								
○ 治療病室の有無 (有 ・ 無) ※ 有りの場合、下記を記載								

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, 薬事法承認番号の確認できるもの) の写し

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	操作室の 有・無	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, 薬事法承認番号の確認できるもの) の写し

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	□液体 □気体	□固体	□液体 □固体 □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)				

階数	記号	室 名	遮へい物の材質及び厚さ						
			壁				床	天井	
			北	東	南	西			
○ 貯蔵施設 [耐火構造] の有無 (有 ・ 無) ※ 有りの場合は, 下記を記載									
○ 運搬容器の有無 (有 ・ 無) ※ 院内で運搬して使用する場合 ・ 容器保管場所 []									
○ 廃棄施設の有無 (有 ・ 無) ※ 有りの場合, 下記を記載									
○ 治療病室の有無 (有 ・ 無) ※ 有りの場合, 下記を記載									
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

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)				

階数	記号	室名	遮へい物の材質及び厚さ						
			壁				床	天井	
			北	東	南	西			
○ 貯蔵施設 [耐火構造] の有無 (有 ・ 無) ※ 有りの場合は、下記を記載									
○ 運搬容器の有無 (有 ・ 無) ※ 院内で運搬して使用する場合									
・ 容器保管場所 []									
○ 廃棄施設の有無 (有 ・ 無) ※ 有りの場合、下記を記載									
○ 治療病室の有無 (有 ・ 無) ※ 有りの場合、下記を記載									
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

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	<p>患者の保護に必要な設備</p> <p>該当するものの□ を☑にすること</p>	<p><input type="checkbox"/> 保護室</p> <p><input type="checkbox"/> その他の危険防止設備（下に記入すること）</p>
感染症病室 結核病室	機械換気設備	
	感染予防設備	
	消毒設備	

別紙4 病室・病床一覧

病室・病床一覧																							
病床数・病室の種別ごと病床数・各病室の病床数	病院名				療養				結核				精神				感染症				計		
	一般																						
	室名	病床数	床面積(m ²)内法	1床面積	室名	病床数	床面積(m ²)内法	1床面積	室名	病床数	床面積(m ²)内法	1床面積	室名	病床数	床面積(m ²)内法	1床面積	室名	病床数	床面積(m ²)内法	1床面積	病室数	病床数	
計	室	床		室	床		室	床		室	床		室	床		室	床		室	床			

注 病院開設許可事項一部変更許可申請書に添付する場合は、変更前及び変更後の一覧を添付し、変更箇所がわかるよう表示すること。

別紙5 汚水排出状況報告書

1 汚水排出口別状況

番 号		1	2	3	4
排出口所在地					
排出する公共用水域の種類（河川<種別>，湖沼，港湾，沿岸海域，その他）及び名称	種 類				
	名 称				
排出方法（ポンプ，自然）及び排出口構造	排 出 方 法				
	排 出 口 構 造				
汚水の量及び水質	日 量 (m ³)				
	時 間 量 (m ³)				
	水素イオン濃度 (pH)				
	化学的酸素要求量(ppm)				
	生物化学的酸素要求量(ppm)				
	浮遊物質 (ppm)				
	大腸菌群数 (個/ml)				
汚水処理方法及び処理施設（型式，能力）	汚水処理方法				
	処 理 施 設				
	処 理 能 力				

2 汚水排出経路概要図（汚水処理系統を含む）
別添のとおり

注 病院及びその周辺の平面図に汚水排出経路の概略を発生場所から排出口まで朱線で示し，排出番号を明示すること。許可申請時点で明確な数値を記入することが困難な場合は，開設後の実測値により補正すること。

従業予定者名簿(1 医師・歯科医師)

病院名

年 月 日現在

職種 (資格)	担当診療科名	氏 名	生年月日	免 許		勤務 区分	勤務日及び勤務時間	一週間の勤 務時間数A	常勤者の 勤務時間 数B	A/B	備考
				年月日	番号						
						常・非					
						常・非					
						常・非					
						常・非					
						常・非					
						常・非					
						常・非					
						常・非					
						常・非					
						常・非					
						常・非					
						常・非					
						常・非					
						常・非					
						常・非					
						常・非					
						常・非					
						常・非					
						常・非					
						常・非					
							合 計				

※勤務区分は、常勤又は非常勤のいずれかに○

従業予定者名簿（2 看護師・准看護師・助産師・保健師）

病院名

年 月 日現在

職種 (資格)	氏 名	生年月日	免 許		勤務 区分	勤務日及び勤務時間	一週間の勤 務時間数A	常勤者の 勤務時間 数B	A/B	備考
			年月日	番号						
					常・非					
					常・非					
					常・非					
					常・非					
					常・非					
					常・非					
					常・非					
					常・非					
					常・非					
					常・非					
					常・非					
					常・非					
					常・非					
					常・非					
					常・非					
					常・非					
					常・非					
					常・非					
※勤務区分は、常勤又は非常勤のいずれかに○						合 計				

従業予定者名簿(3 薬剤師その他従事者(法定資格を持った者を記載))

病院名

年 月 日現在

職種 (資格)	氏名	生年月日	免許		勤務 区分	勤務日及び勤務時間	一週間の勤 務時間数A	常勤者の 勤務時間 数B	A/B	備考	
			年月日	番号							
					常・非						
					常・非						
					常・非						
					常・非						
					常・非						
					常・非						
					常・非						
					常・非						
					常・非						
10					常・非						
					常・非						
					常・非						
					常・非						
					常・非						
					常・非						
					常・非						
					常・非						
					常・非						
					常・非						
					常・非						
					常・非						
					常・非						
20					常・非						
※勤務区分は、常勤又は非常勤のいずれかに○							合 計				

注) 法定資格を有する医療従事者を記入する。
 薬剤師, (管理) 栄養士, 診療放射線技師, 診療エックス線技師, 理学療法士, 作業療法士, 臨床検査技師, 衛生検査技師, 臨床工学技師, 視能訓練士, 義肢装具士, 精神保健福祉士, 歯科衛生士, 歯科技工士, あん摩マッサージ指圧師, はり師, きゅう師, 柔道整復師等

従業予定者名簿(4 看護補助者)

病院名

年 月 日現在

氏名	勤務区分	勤務日及び勤務時間	一週間の勤務時間数A	常勤者の勤務時間数B	A/B	備考	氏名	勤務区分	勤務日及び勤務時間	一週間の勤務時間数A	常勤者の勤務時間数B	A/B	備考
	常・非							常・非					
	常・非							常・非					
	常・非							常・非					
	常・非							常・非					
	常・非							常・非					
	常・非							常・非					
	常・非							常・非					
	常・非							常・非					
	常・非							常・非					
10	常・非							常・非					
	常・非							常・非					
	常・非							常・非					
	常・非							常・非					
	常・非							常・非					
	常・非							常・非					
	常・非							常・非					
	常・非							常・非					
	常・非							常・非					
	常・非							常・非					
	常・非							常・非					
20	常・非							常・非					
合計							合計						

※勤務区分は、常勤又は非常勤のいずれかに○

従業予定者名簿（5 その他職員）

病院名

年 月 日現在

職種	氏名	勤務区分	勤務日及び勤務時間	備考	職種	氏名	勤務区分	勤務日及び勤務時間	備考
		常・非					常・非		
		常・非					常・非		
		常・非					常・非		
		常・非					常・非		
		常・非					常・非		
		常・非					常・非		
		常・非					常・非		
		常・非					常・非		
		常・非					常・非		
		常・非					常・非		
		常・非					常・非		
		常・非					常・非		
		常・非					常・非		
		常・非					常・非		
		常・非					常・非		
		常・非					常・非		
		常・非					常・非		
		常・非					常・非		
		常・非					常・非		
		常・非					常・非		
		常・非					常・非		
		常・非					常・非		
		常・非					常・非		
		常・非					常・非		
		常・非					常・非		

※勤務区分は、常勤又は非常勤のいずれかに○