

病院開設許可事項中一部変更許可申請書

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、開設許可事項中の一部変更の許可を申請します。

記

1 名 称	電話 ()
2 所 在 地	〒
3 開設許可年月日及び同番号	年 月 日 (第 号)

4 変更事項 (該当番号を○で囲むこと。)

(1) 開設の目的及び維持の方法 (開設者が医師、歯科医師以外の場合) (別紙1のとおり)
(2) 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の従業員の定員 (別紙2のとおり)
(3) 敷地の面積及び平面図 (別紙3のとおり)
(4) 建物の構造、設備の概要及び平面図 (別紙4, 5, 6のとおり)
(5) 病床数及び病床の種別ごとの病床数並びに各病室の病床数 (別紙7, 8のとおり)

5 変 更 理 由	
6 変更予定年月日	年 月 日
	4 (4) (5)に係る変更で、かつ工事を伴うものについては工事着工予定年月日、それ以外の変更 (工事を伴わないもの等) は、変更予定年月日を記入すること
	※ 病床数及び病床の種別ごとの病床数を変更する場合は、以下も記入のこと
	病床数変更予定年月日 年 月 日

別紙1 開設の目的及び維持の方法

	変更前（現在）	変更後
開設の目的		
維持の方法		

別紙2 従業員の定員

職 種	標準員数	定 員	
		変更前（現在）	変更後
医 師			
歯 科 医 師			
薬 剤 師			
看 護 師			
准 看 護 師			
看 護 補 助 者			
管 理 栄 養 士			
栄 養 士			
診 療 放 射 線 技 師			
理 学 療 法 士			
作 業 療 法 士			
助 産 師			
診 療 エ ッ ク ス 線 技 師			
臨 床 検 査 技 師			
衛 生 検 査 技 師			
臨 床 工 学 技 士			
視 能 訓 練 士			
義 肢 装 具 士			
言 語 聴 覚 士			
精 神 保 健 福 祉 士			
歯 科 衛 生 士			
歯 科 技 工 士			
合 計			
添付書類		<input type="checkbox"/> 変更後の従業員名簿	

注1 医師、歯科医師、薬剤師、助産師、看護師、准看護師、栄養士、歯科衛生士の定員については、常勤換算数を記載すること。

2 変更後の定員欄は、予定を含む。

別紙2-1 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)		人
B: 療養病床		人
C: 精神病床		人
D: 結核病床		人
E: 感染症病床		人
F: 入院している新生児		人
G: 歯科病床(歯科, 矯正歯科, 小児歯科及び歯科口腔外科)		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)		人
b: 精神科, 耳鼻いんこう科又は眼科外来患者数		人
c: 歯科関係外来患者数		人
d: 外来患者に係る取扱処方せん数		人
・特定機能病院 → <input type="checkbox"/> (該当する場合は○) ・歯科専門の病院 → <input type="checkbox"/> (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="checkbox"/> (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="checkbox"/> (該当する場合は○) ・看護師①で(※)に該当する病院 → <input type="checkbox"/> (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, []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, 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2-1 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2-1 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3 敷地の面積及び平面図

	変更前（現在）の敷地面積	変更後の敷地面積
面積	m ²	m ²
添付書類	<input type="checkbox"/> 第1図（変更前の敷地平面図）及び第2図（変更後の敷地平面図） <input type="checkbox"/> 変更後の敷地面積の記載の根拠となる資料（土地の登記簿謄本の写、求積図等）	

別紙4 建物の構造、設備の概要及び平面図

(1) 建物の棟別構造概要

棟名		変更前	変更後	主要構造部 耐火構造
	構造	地上階，地下造階	地上階，地下造階	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
	建物延面積	m ²	m ²	
	構造	地上階，地下造階	地上階，地下造階	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
	建物延面積	m ²	m ²	
	構造	地上階，地下造階	地上階，地下造階	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
	建物延面積	m ²	m ²	
	構造	地上階，地下造階	地上階，地下造階	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
	建物延面積	m ²	m ²	
	構造	地上階，地下造階	地上階，地下造階	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
	建物延面積	m ²	m ²	
計		m ²	m ²	

注1 1棟でも変更がある場合は、変更がない棟も含め、すべての棟について記載すること。

2 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。

別紙4 建物の構造, 設備の概要及び平面図

(2) 平面図変更の概要

棟名	階別	変更前			変更後		
		記号	室名	床面積 (㎡)	記号	室名	床面積 (㎡)
			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
計					計		

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 室名欄の□は, 当該室が法定施設の場合に☑にし, その後ろに室名を記入すること。

(3) 建物配置図及び平面図 (添付する図面の□を☑にすること)

配置図	変更前	<input type="checkbox"/> 別添第3図のとおり
	変更後	<input type="checkbox"/> 別添第4図のとおり
平面図	変更前	<input type="checkbox"/> 別添第5図のとおり
	変更後	<input type="checkbox"/> 別添第6図のとおり

注1 配置図, 平面図とも図面には, 変更があった箇所を色線等で明示すること。

2 図面中の病院外施設については斜線等でその旨を明示すること。

3 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), 階段についてははげあげ, 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。

別紙4 建物の構造, 設備の概要及び平面図

(4) 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。

(5) 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	
					<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5 法定施設等の概要

〔 本申請書の「4 変更事項」で「(4)建物の構造、設備の概要及び平面図」を選択した場合は、
変更のない室も含め、すべて記載すること。 〕

法定施設		変更前（現状）	変更の有 無	変更後（概要を記入）
診 察 室		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
処 置 室		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
手 術 室		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
臨 床 検 査 施 設		<input type="checkbox"/> 有 (外部委託有) <input type="checkbox"/> 無 (外部委託無)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(外部委託有) (外部委託無)
エックス線装置等		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
調 剤 所		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
消 毒 施 設		<input type="checkbox"/> 有 (外部委託有) <input type="checkbox"/> 無 (外部委託無)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(外部委託有) (外部委託無)
給 食 施 設		<input type="checkbox"/> 有 (外部委託有) <input type="checkbox"/> 無 (外部委託無)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(外部委託有) (外部委託無)
洗 濯 施 設		<input type="checkbox"/> 有 (外部委託有) <input type="checkbox"/> 無 (外部委託無)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(外部委託有) (外部委託無)
療養病床を有する病院	機能訓練室	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	浴 室	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	食 堂	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	談 話 室	<input type="checkbox"/> 有 (食堂と兼用) <input type="checkbox"/> 無 (談話室専用)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(食堂と兼用) (談話室専用)
分 べ ん 室		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
新生児入浴施設		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
歯 科 技 工 室		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

注1 臨床検査施設については、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。その他の検査については、施設を設ける必要がある。

- 2 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施設を設けないことができる。その他の業務については、施設を設ける必要がある。
- 3 給食施設については、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。その他の業務については、施設を設ける必要がある。
- 4 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施設を設けないことができる。その他の業務については、施設を設ける必要がある。

別紙6 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6 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6 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
(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：床を導電性に行っている等)

別紙6 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、血球分類計算機、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 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 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6 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
	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。

注 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						
			□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6 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6 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	
		床	材質：
調理室（階）	□有・□無	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6 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6 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6 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6 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
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, 速やかに居か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6 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6 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6 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	<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6 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"/> 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)				

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6 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	患者の保護に必要な設備 該当するものの□ を☑にすること	<input type="checkbox"/> 保護室 <input type="checkbox"/> その他の危険防止設備（下に記入すること） []
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7 病床数及び病床の種別ごとの病床数並びに各病室の病床数

(単位：床)

区 分	一般	療養	精神	結核	感染症	計
現 在						
変 更 後						
変更の概要						
添付書類	<input type="checkbox"/> 病室・病床一覧					

注 病室・病床一覧は、変更前のものと変更後のものを添付し、変更箇所がわかるよう表示すること。

別紙8 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		病棟名								計												
	一般				療養				結核				精神				感染症						
	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		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。

従業員名簿(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					
							合計				

※勤務区分は、常勤又は非常勤のいずれかに○

従 業 員 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				

10

20

従業員名簿（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					
					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○

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, 臨床工学技士, 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

従業員名簿(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○

従業員名簿（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		
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		
			常・非					常・非		
20			常・非					常・非		

※勤務区分は、常勤又は非常勤のいずれかに○

申請に必要な書類について

病院開設許可事項中一部変更許可申請書については、申請内容により、それぞれ以下の書類を提出してください。（添付書類を含め、原本2部を提出のこと。）

申請書の「4 変更事項」において、

「(1) 開設の目的及び維持の方法（開設者が医師、歯科医師以外の場合）」を変更する場合

- 【必要書類】 「病院開設許可事項中一部変更許可申請書」の1ページ目
 別紙1 開設の目的及び維持の方法

「(2) 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の従業員の定員」を変更する場合

- 【必要書類】 「病院開設許可事項中一部変更許可申請書」の1ページ目
 別紙2 従業員の定員
 別紙2-1 従業員の標準員数算定表
 変更後の従業員名簿（所定の様式にて作成のこと）

「(3) 敷地の面積及び平面図」を変更する場合

- 【必要書類】 「病院開設許可事項中一部変更許可申請書」の1ページ目
 別紙3 敷地の面積及び平面図
 第1図（変更前の敷地平面図）及び第2図（変更後の敷地平面図）
 変更後の敷地面積の記載の根拠となる資料（土地の登記簿謄本の写、求積図等）

「(4) 建物の構造、設備の概要及び平面図」を変更する場合

【必要書類】

「(4) 建物の構造、設備の概要及び平面図」を変更するすべての申請で必要です。

- 「病院開設許可事項中一部変更許可申請書」の1ページ目
 別紙4(2) 平面図変更の概要
 別紙4(3) 建物配置図及び平面図（平面図の変更前・変更後にチェック）
 別添第5図 変更前の建物平面図
 別添第6図 変更後の建物平面図
 別紙5 法定施設等の概要（法定施設等に変更がない場合も記載・提出）

建物の延床面積に変更がある場合は、以下の書類も必要です。

- 別紙4(1) 建物の棟別構造概要（1棟でも延床面積の変更がある場合は、変更がない棟も含め、すべての棟について記載のこと）

建物の新增築や解体がある場合は、以下の3点も記載・添付のこと。

- 別紙4(3) 建物配置図及び平面図（配置図についても変更前・変更後にチェック）
 別添第3図 変更前の建物配置図
 別添第4図 変更後の建物配置図

以下については、変更又は新設がある施設のみについて提出してください。

- 別紙4(4) 患者の使用する廊下の幅
 別紙4(5) 階段の構造概要
 別紙6(1)～(22)（それぞれ変更(新設)する施設がある場合のみ提出）
 別紙6(5)又は(17)～(21-2)の新設・変更を伴う場合は、それぞれ各ページに記載の書類（遮へい計算書等）を添付のこと

「(5) 病床数及び病床の種別ごとの病床数並びに各病室の病床数」を変更する場合

- 【必要書類】 「病院開設許可事項中一部変更許可申請書」の1ページ目
 別紙7 床数及び病床の種別ごとの病床数並びに各病室の病床数
 別紙8 病室・病床一覧（変更後の全病室分について、変更がないものも含めて添付のこと）