（法人等開設）

**診療所開設許可申請書（巡回診療）**

令和　　　年　　　月　　　日

神戸市保健所長　あて

　　　　〒

開設者住所

領収印

18,000円

（法人にあっては主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　 開設者氏名

（法人にあっては名称及び代表者の職氏名）

巡回診療の実施に伴い、次のとおり診療所を開設したいので、医療法第７条第１項の規定に基づき申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 診療所に関する事項 | ふりがな | | | |  | | | | | | | | |
| 名　　称 | | | |  | | | | | | | | |
| 所 在 地 | | | | 〒    ℡　（　　　　　　）　　　　　　－ | | | | | | | | |
| 実施場所 | | | |  | | | | | | | | |
| 巡回診療を実施する日時 | | | | 令和　　年　　月　　日　　午前　　　　～  　　　　　　　　　　　　　　午後　　　　～ | | | | | | | | |
| 診療科目 | | | |  | | | | | | | | |
| ２ | 管理者  （実施責任者） | ふりがな | | | |  | | | | | | | | |
| 氏　　名 | | | |  | | | | | | | | |
| 住 所 | | | | 〒 | | | | | | | | |
| 同時に２つの診療所または  病院を管理する場合 | | | | イ 該当なし　　・ | | | | | | ロ　該当あり  　　　　施設名称 | | |
| ３ | 従業者の  定員 | 医師 | 歯科医師 | 薬剤師 | 看護師 | | 准看護師 | 歯科衛生士 |  |  |  | |  | 所在地 |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |
| ４ | 開設予定年月日 | | 令和　　　　年　　　　月　　　　日（巡回診療実施予定年月日） | | | | | | | | | | | |

**１－２・１/４**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ５ | 診療に従事する医師・歯科医師  ※管理者も含めて記入 | 氏名 | | 担当診療科目 | | | 勤務日時 | | 備　考 |
|  | |  | | |  | |  |
|  | |  | | |  | |  |
|  | |  | | |  | |  |
|  | |  | | |  | |  |
|  | |  | | |  | |  |
|  | |  | | |  | |  |
| ６ | 薬　剤　師 |  | |  | | |  | |  |
| ７ | 開設者に関する事項 | ふりがな |  | | | | | | |
| 開設者氏名 |  | | | | | | |
| 開設者住所 | 〒  ℡　（　　　　　　）　　　　　　－ | | | | | | |
| 開設の目的  維持の方法 |  | | | | | | |
| 現に開設している病院または診療所 | 名　称  所在地 | |  | | | | |
| 定款・寄付行為・条例等 | | | 別紙のとおり | | | | |
| ８ | 建物の構造設備の概要 | 主要建物の構造 | 造　　　階建（内診療所部分　　　　　階） | | | | | | | |
|  | 用　途 | | | 面積（㎡） | | 設備･器具等 | | |
|  |  | | |  | |  | | |
|  |  | | |  | |  | | |
|  |  | | |  | |  | | |
|  |  | | |  | |  | | |
|  |  | | |  | |  | | |
|  |  | | |  | |  | | |
| 構造設備上の参考事項 |  | | | | | | | |
|  | Ⅹ線装置の概要 | □エックス線装置なし  □エックス線装置あり（エックス線室　　　室、エックス線装置　　台）  ※詳細は**別紙１～３**に記載のこと。なお、複数のエックス線室がある場合は別紙２、３は室ごとに作成のこと。 | | | | | | | | |

**１－２・２/４**

|  |  |
| --- | --- |
| ９ | 敷地周囲の見取図　(別紙添付可)  診療所周辺の建物等がわかる平面図（住宅地図等） |
| 10 | 建物の平面図　（別紙添付可）  診療所の室名及び設備等が確認できる平面図（寸法を記入）  診療の用に供する階全ての平面図 | |

**１－２・３/４**

履歴書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 本　籍 | | | 都・道・府・県 | |
| 現住所 | | | 〒 | |
| 氏　名（ふりがな） | | |  | |
| 生年月日 | | | 昭和・平成　　　年　　　　月　　　　日生 | |
| 履歴事項（学歴・職歴） | 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
|  | | 現在に至る | |
| 賞罰 |  | | | |
| 免許登録種別（○を付する） | | | | 医籍登録　　歯科医籍登録　　薬剤師登録　　助産師登録 |
| 免許登録年月日・番号 | | 年　　　月　　　日　　　第　　　　　　　　　号 | | |
| 上記のとおり相違ありません。  令和　　年　　月　　日  氏名　　　　　　　　　　　　　　　無 | | | | |

※履歴は大学から記入のこと。

※管理者となる医師については平成１６年４月１日以降、

歯科医師については平成１８年４月１日以降の免許登録の

場合、**臨床研修修了登録証**写を添付のこと。

**１－２・**４/４

**別紙１**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| エックス線装置の製作者名及び形式 | | | | |
| 診療室名 | 製作者名 | 型式 | 定格出力 | 用途 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※エックス線装置全体の概略が分かるように記入すること。

※エックス線診療室内に複数のエックス線装置を備え付けた場合、装置毎に届出が必要である。なお、この場合エックス線装置の使用条件等を具体的に記載し、2台以上の装置から患者に同時照射できないようにする装置を設けること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 放射線診療に従事する医師、歯科医師、診療放射線技師又は  診療エックス線技師の氏名及びエックス線診療に関する経歴 | | |
| 職　　種 | 氏　　名　（生年月日） | 経　　歴 |
|  |  |  |

注）経歴の欄は、免許の種類、免許取得年月日、免許証の番号を記入すること。

（第1種放射線取扱主任者、放射線管理士等を取得している場合はその旨を記載すること）

**１－２（別紙１）**

**別紙２**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診療用エックス線装置に関する事項 | | |
| 製作者名 | |  |
| 型式（製造年月） | | （平成・令和　　　年　　　月） |
| 定格出力 | 整流方式   * 単相全波 * 三相全波 * ｲﾝﾊﾞｰﾀｰ | 連　続　　　　　　ＫＶ　　　　　　　　ｍＡ  短時間　　　　　　ＫＶ　　　　　　　　ｍＡ　　　　　　　Sec |
| 蓄 電 式 | ＫＶ　　　　　　　　μＦ |
| 用 途 | | □直接撮影　□断層撮影　□ＣＴ　□胸部集検用間接撮影　□口腔内撮影用　□歯科用ﾊﾟﾉﾗﾏ　□骨塩定量分析　□透視用　□乳房撮影□その他（　　　　　　　　　）□移動用（直接、透視） |
| 薬機法による承認番号 | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| エックス線診療室のエックス線障害防止に関する構造設備の概要 | | | | | | | | | | |
| **エックス線診療室の名称** | | | |  | | | | 診療室の標識 | | 有　・　無 |
| 診療室の防護の概要 |  | | 構　造 | | | 材　料 | | | 厚　さ | |
| 天井 | |  | | | ｺﾝｸﾘｰﾄ・その他（　　　 　　） | | | cm　　 　mmpb | |
| 床 | |  | | | ｺﾝｸﾘｰﾄ・その他（　　　 　　） | | | cm　　 　mmpb | |
| 周囲の画壁等 | 東 |  | | | ｺﾝｸﾘｰﾄ・その他（　　　 　　） | | | cm　　 　mmpb | |
| 西 |  | | | ｺﾝｸﾘｰﾄ・その他（　　　 　　） | | | cm　　 　mmpb | |
| 南 |  | | | ｺﾝｸﾘｰﾄ・その他（　　　 　　） | | | cm　　 　mmpb | |
| 北 |  | | | ｺﾝｸﾘｰﾄ・その他（　　　 　　） | | | cm　　 　mmpb | |
| 監視用窓 |  | | | ｺﾝｸﾘｰﾄ・その他（　　　 　　） | | | cm　　 　mmpb | |
| 出入り口の扉 | |  | | | ｺﾝｸﾘｰﾄ・その他（　　　 　　） | | | cm　　 　mmpb | |
| その他の開口部 | |  | | | ｺﾝｸﾘｰﾄ・その他（　　　 　　） | | | cm　　 　mmpb | |
| 使用中の表示 | | | | | | | 有 ・ 無 | | | |
| 画壁外側の実効線量が1mSv/週以下となる措置 | | | | | | | 有 ・ 無 | | | |
| 診療用放射線照射装置の（器具）の使用 | | | | | | | 有 ・ 無 | | | |
| 操 作 室 の 有 無 | | | | | 有 ・ 無　　（操作する場所は撮影室と画壁等で区分が必要） | | | | | |
| 操作場所をエックス線診療室に設ける場合（該当する使用事項があればチェックすること）  理　由  □乳房撮影又は近接透視撮影等で患者の近傍で撮影  □使用時において１ｍ離れた場所における線量が６μSv/ｈ以下となる構造の骨塩分析用装置  □使用時において機械表面の線量が６μSv/ｈ以下となる構造の輸血用血液照射装置  □組織内照射治療を行う場合  □歯科用デンタルで１週間につき1000mA/秒以下で撮影  防護処置の概要 | | | | | | | | | | |

**１－２（別紙２）**

**別紙３**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| エックス線診療室のエックス線障害防止に関する予防措置の概要 | | | | | |
| 使用時間の記帳の必要 | | | 有　　　・　　　　無 | | |
| 放射線障害の防止に必要な注意事項の掲示 | | 患者用 | 有　　　・　　　　無 | | |
| 従事者用 | 有　　　・　　　　無 | | |
| 管理区域 | 管理区域を設ける場所 | | 別添図面のとおり | | |
| 境界における実行線量が1.3mSv/3月以下となる措置 | | 有　　　・　　　　無 | | |
| 管理区域の標識 | | 有　　　・　　　　無 | | |
| 立入制限措置 | | 有　　　・　　　　無 | | |
| 敷地内居住区域及び敷地の境界における  実効線量が250μSv/3月以下となる措置 | | | 有　　　・　　　　無 | | |
| 入院患者（診療により被ばくする放射線を除く）  の実行線量が1.3mSv/3月以下となる措置 | | | 有　　　・　　　　無 | | |
| 放射線障害が発生するおそれのある場所の測定 | | | 有　　　・　　　　無 | | |
| 従事者の被ばく防止用器具 | | | 有 | 防護エプロン  その他 | 無 |
| 個人被ばく線量で不均等被ばくの可能性 | | | 有　　　・　　　　無 | | |
| 使用場所の制限（該当する使用事項があればチェックすること）  □エックス線診療室で診療用放射線照射装置、照射器具の使用  エックス線診療室以外で使用する場合  □特別の理由により移動して使用  　□在宅医療においてエックス線装置を使用  　□診療用高エネルギー放射線発生装置、診療用放射線照射装置による体外照射の位置決定  　□診療用放射線照射装置又は照射器具を患者の体内に挿入すべき部位の決定  　□診療用放射性同位元素を投与した患者の画像診断の精度向上のため、ＣＴ装置の吸収補正  　□診療用放射性同位元素を投与した患者の核医学画像との重ね合わせのためのＣＴ装置  　□移動用ＣＴを手術室で使用  　□移動型透視用エックス線装置の使用（使用用途にチェックすること）  　　　□術中、術後に手術室で使用  　　　□ＣＴアンギオグラフィーで使用  　　　□診療用高エネルギー放射線発生装置  　　　□診療用放射線照射装置・器具による治療の位置決定  　□陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室で使用（陽電子―ＣＴ複合装置）  移動型及び携帯型エックス線装置を備えた場合のエックス線装置保管場所  　・保管場所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　・保管場所の施錠（　　有　　・　　　無　　　）  エックス線装置をエックス線診療室以外の場所で使用する場合の適切な防護の方法  　・防護措置の概要 | | | | | |

**１－２（別紙３）**

（法人等開設）

**診療所開設許可申請について(巡回診療)**

医師・歯科医師以外の者が、巡回診療の実施に伴い診療所を開設しようとするとき、事前に『診療所

開設許可申請書』を提出し、許可を受けてください。

　　　提出部数 ３部（うち１部は診療所控です。保健センターの受付印をもらってください）

　　　提出先 保健センター（各区役所内）

　　　手数料 １８，０００円（現金で納入してください）

１．記入上の注意

　　　⑴開設者住所・氏名　　　　法人にあっては、必ず定款に記載されている法人名称及び主たる

　　　　　　　　　　　　　　　　事務所の所在地を記入してください。

　　　⑵診療科目　　　　　　　　医療法に定められた科目を記入してください。神経科、呼吸器科、消化器科、胃腸科、循環器科、皮膚泌尿器科、性病科、こう門科、気管食道科は標榜できません。

　　　　　　　　　　　　　　　　麻酔科を標榜する場合は、『標榜許可証』の写が必要です。

　　　⑶診療に従事する　　　　　管理者も含めて全員記入してください。

医師・歯科医師　　　　　診療に従事する医師・歯科医師・薬剤師全員の履歴書及び免許証写を

薬剤師　　　　　　　　　添付してください。

※管理者となる医師については平成１６年４月１日以降、歯科医師については平成１８年４月

１日以降の免許登録の場合、**臨床研修修了登録証**写を添付のこと。

　　　⑷開設者に関する事項　　　開設者住所・氏名は上記⑴のとおり正確に記入してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　現に開設・管理・勤務している病院または診療所欄は、該当なけれ

　　　　　　　　　　　　　　　　ばその旨記入してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　維持方法については、「保険診療」「自由診療」等を記入してくだ

　　　　　　　　　　　　　　　　さい。

　　　⑸建物の構造設備の概要　　診療所の設備全てについて記入してください。

　　　　平面図　　　　　　　　　平面図は別紙添付可

　　　⑹履歴書　　　　　　　　　他の病院、診療所に勤務している場合は、履歴中に必ずその旨記入

　　　　　　　　　　　　　　　　してください。退職した場合は「退職」と記入してください。

　　　(7)Ｘ線装置関係の添付書類　 ①エックス線室詳細図（平面図、立面図）

　　　・装置の設置位置、操作盤、使用中の表示、管理区域標識、患者注※開設後「診療用エックス線　　　 　意書、及び従事者注意書の掲示位置を明示すること。

装置備付届」を提出のこと　　　　 ・隣室名（上下についても）を記載すること。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ②遮蔽計算書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　敷地の境界は250μＳｖ/3ヶ月が限度であることに注意すること

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ③X線装置等を搭載する巡回健診車による場合は、各車両に係る車検証(写し)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※直近6か月以内に実施した線量測定の結果（予め提出が可能であれば添付可）

２．その他

　　　移動検診車等でＸ線装置を有する場合は、『診療用Ｘ線装置備付届』（様式２４）を備付後（巡回

　　　診療実施日以降１０日以内に提出して下さい。

　　　　※直近６カ月以内に実施した線量測定の結果（開設許可申請時に提出済みで、変更がなければ添付不要）

　　　　※開設許可申請時に、上記、X線装置関係添付書類（エックス線室詳細図（平面図、立面図）、遮蔽計算書、車検証の写し）提出済みの場合、変更がなければ、備付届時には添付不要。

　　　次の場合は別途申請が必要です。

　　　　①管理者が既に他の病院または診療所を 『診療所管理者兼任許可申請書』

　　　　　管理する者である場合　　　　　　　　　　　　　　　　　　（許可要件あり）

　　　　②常時医師が３名以上いるが専属薬剤師を 『診療所専属薬剤師免除許可申請書』

　　　　　置かない場合　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（許可要件あり）

**１－２（説明）**