

第4号様式（第8条関係）

※1 年 月 日

（あて先）浜松市保健所長

※2 届出者 住所（所在地）

氏名（名称及び代表者氏名）

診療所開設届

診療所を開設したので、医療法第8条の規定により次のとおり届け出ます。

記

| | | | | | | | |
|--|----|-----|--------|-----|------|-----|---|
| 開設者 | 住所 | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | |
| 診療所の名称 | | | | | | | |
| 開設の場所 | | TEL | FAX | | | | |
| 診療科目 | | | | | | | |
| 現に他の病院又は診療所を開設し、若しくは管理し、又は勤務しているときはその旨 | | ※3 | | | | | |
| 同時に2以上の診療所を開設しようとするときはその旨 | | ※4 | | | | | |
| 管理者 | 住所 | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | |
| 従業者の定員 | ※6 | 医師 | 歯科医師 | 薬剤師 | 看護師 | その他 | 計 |
| | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 診療に従事する医師又は歯科医師の氏名、担当診療科名、診療日及び診療時間 | ※7 | 氏名 | 担当診療科名 | 診療日 | 診療時間 | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

診療所開設届記入上の注意

- ※1 開設後10日以内に届出をしてください。
○保険医療機関としての指定を受ける場合は、その手続き期間も考慮し届け出てください。
- ※2 開設者（医師・歯科医師）の **自宅住所・氏名** をご記入ください。
- ※3 他の診療所を管理し、又は勤務している場合にのみ、ご記入ください。
○事前に **管理者兼任許可申請** が必要です。ご相談ください。
- ※4 同時に2以上の診療所を開設しようとする場合にのみ、ご記入ください。
○原則として2ヶ所開設は認められません。事前にご相談ください。
- ※5 管理者（開設者）の **自宅住所・氏名** をご記入ください。
原則、開設者自身が管理者となります。
- ※6 その他：事務員、准看護師、歯科衛生士、その他資格者
- ※7 診療に従事する医師・歯科医師それぞれの **診療科名・診療日時** をご記入ください。

| | | | | | | | |
|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 薬剤師の氏名 | ※8 | | | | | | |
| 敷地の面積 ※9 | m ² | | | | | | |
| 建物の構造概要 | 建築面積 | m ² | | ※10 | | | |
| | 延べ床面積 | m ² | | | | | |
| | 建物の用途 | 構造概要 | | | 建物の面積 | | |
| | ※11 | | | | m ² | | |
| | | | | | | | |
| 診察室及び処置室 ※12 | 診察室又は処置室名 | 室面積 | 診察室又は処置室名 | | 室面積 | | |
| | | m ² | | | m ² | | |
| 歯科治療室 | 室面積 | | 治療用椅子 | | | | |
| | m ² | | 台 | | | | |
| 歯科技工室 ※13 | 室面積 | 防塵設備 | 火器設備及び防火設備 | 機械器具その他の設備 | | | |
| | m ² | | | | | | |
| 病床数 ※14 | 床 | | | | | | |
| 病室の概要 ※14 | 室番号 | 病床数 | 面積 | 内法面積 | 採光面積 | 開放面積 | 1床当たりの面積 |
| | | 床 | m ² | m ² | m ² | m ² | m ² |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | 計 | | | | | | |
| 手術室 ※15 | 室面積 | 床、壁及び天井の構造 | | 照明 | | 手術台 | |
| | m ² | | | | | 台 | |

※8 薬剤師がいる場合のみ、ご記入ください。
○常勤医師が3人以上いる場合は 専属薬剤師 が必要です。
専属薬剤師免除許可申請が必要な場合は、ご相談ください。

※9 駐車場等を含めます。
雑居ビル内の診療所の場合はビル全体の敷地面積を記入してください。

※10 自宅等と診療所が同じ建物内の場合には、自宅等を含む建築面積、延べ床面積をご記入ください。

※11 (記入例1) 自宅兼診療所の場合

| 建物の用途 | 構造概要 | 建物の面積 |
|-------|--------|--------------------|
| 診療所 | 鉄骨造 1階 | 〇〇〇 m ² |
| 自宅 | 2階 | 〇〇〇 m ² |

(記入例2) 雑居ビル内の1店舗の場合

| 建物の用途 | 構造概要 | 建物の面積 |
|-------|----------------|--------------------|
| 診療所 | 鉄骨造5階建のうち3階の一部 | 〇〇〇 m ² |

※12 各診察室・処置室ごとにご記入ください。
記入欄が不足する場合は欄を適宜追加してください。

※13 歯科技工室がある場合のみ、ご記入ください。
防塵設備欄はバキューム等の有無を記入してください。

※14 病床がある場合のみ、ご記入ください。
○事前に **事前協議、病床設置許可申請、使用許可申請** が必要です。

※15 手術室がある場合のみご記入ください。

| | | | | | |
|---------------|----------------|----------------|---------------|----------|----------|
| 調剤所 ※16 | 室面積 | 麻薬金庫の有無 | 冷暗所の有無 | 調剤に必要な器具 | 投薬瓶の消毒設備 |
| | m ² | 有・無 | 有・無 | | |
| 防火上必要な設備の状況 | ※17 | | | | |
| 消火用機械又は器具の状況 | ※17 | | | | |
| その他の施設 | 検査室 | | 消毒施設の構造及び消毒方法 | | |
| | ※18 | m ² | ※19 | | |
| | 給食施設の概要 | | エックス線診療室の概要 | | |
| | ※20 | | ※21 | | |
| 開設の年月日 ※22 | 年 月 日 | | | | |

※16 調剤所が無い場合でも、**麻薬金庫の有無・冷暗所の有無**についてはご記入ください。

※17 **消火器、スプリンクラー、火災報知器**等 具体的に記入の上、別添の診療所平面図に設置位置をご記入ください。

※18 **臨床検査室**がある場合のみ、ご記入ください。

※19 **オートクレーブ、紫外線殺菌器**等 具体的に記入の上、別添の平面図に設置位置を記入してください。

※20 **給食施設**がある場合のみ、食器の消毒設備、調理室の床の仕上げ等をご記入ください。

※21 エックス線装置を設置する場合にのみご記入ください。**鉛遮へい壁0mm**等 具体的に記入してください。
○エックス線装置の設置届は別途必要です。

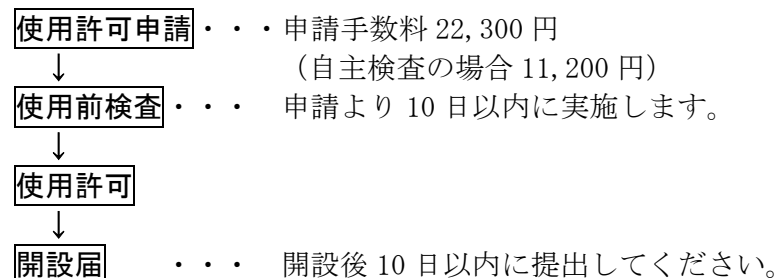
※22 開設の届出は開設後10日以内となっております。事前には受付できませんのでご注意ください。

【添付書類等】

- 1 案内図
- 2 敷地周囲見取り図
- 3 建物の平面図
(各部屋の用途、冷暗所、麻薬金庫、毒薬保管庫、毒物劇物保管場所、消毒機器、消火器、感染性廃棄物保管場所、院内掲示の場所を示すこと。)
- 4 従事者名簿
- 5 開設者・管理者の履歴書、医師免許及び臨床研修修了登録証の写し（原本を窓口で提示）
- 6 有資格従事者の免許証の写し（免許証の原本を窓口で提示、または開設者が原本照合した旨記載）及び履歴書
- 7 土地・建物を賃貸で借りる場合は、賃貸借契約書の写し

○有床診療所の場合

※必ず事前に、保健所にご相談ください。



以下のことが生じましたら手続きをお願いします。

開設届出事項変更届

- ・ 開設者・管理者の住所、氏名の変更
- ・ 診療所名称の変更
- ・ 診療科目の変更
- ・ 診療時間の変更
- ・ 増築、改装、部屋の使用用途等建物の構造設備の変更
(移転の場合には保健所までご相談ください)
- ・ 従事医師の変更
- ・ 減床 (増床の際はご相談ください)

…等

浜松市保健所 保健総務課 医事薬事 G
〒432-8550 浜松市中央区鴨江二丁目 11-2
TEL (053)453-6135

浜松市保健所 浜北支所 医薬予防 G
〒434-8550 浜松市浜名区貴布祢 3000
TEL (053)585-1172