

# 診療所開設等の手引き (無床・非医師開設用)

藤沢市保健所地域保健課

〒251-0022

藤沢市鵜沼2131番地1

TEL 0466-50-3592

FAX 0466-28-2020

2022年(令和4年)9月1日改訂

# 診療所開設等の手引き(無床・非医師開設用)

この手引きでは「医療法」の規定に基づく無床診療所(歯科診療所含む)の開設等について説明します。なお、この手引きは非医師の開設する無床診療所専用となります。

## 目次

1	診療所開設時の注意	
(1)	開設にあたって	1
(2)	広告の制限	1
(3)	国・県からの通知等	1
2	診療所の開設等に係る手続き	
(1)	開設	2
(2)	変更	6
(3)	廃止・休止・再開	8
3	エックス線装置に関する手続き	
(1)	エックス線装置設置届	9
(2)	エックス線装置変更届	9
(3)	エックス線装置廃止届	10
Q&A		
(Q-1)	事前予約について	11
(Q-2)	受付時間について	11
(Q-3)	代理人による申請について	11
(Q-4)	代理人による届出について	11
(Q-5)	訂正の方法について	11
(Q-6)	原本照合の方法について	11
(Q-7)	印鑑の持参について	11
	各種届出書様式集	巻末

# 1 診療所開設時の注意

## (1) 開設にあたって

藤沢市内に診療所を開設しようとする者は、診療所開設許可申請、開設許可後診療所を開設した者は、開設、開設後の構造変更等は変更許可申請、管理者等の変更、廃止、休止、再開の際にそれぞれ藤沢市保健所で手続を行う必要があります。

▽ 控えが必要な場合には、提出書類を必要部数ご持参ください。

## (2) 広告の制限

医療機関の広告については、広告できる内容について次の規定により定められています。

①医療法第6条の5

②医療法第6条の6

③医業、歯科医業若しくは助産所の業務又は病院、診療所若しくは助産所に関して広告することができる事項(平成十九年厚生労働省告示第百八号)  
(別添)医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関する広告等に関する指針(医療広告ガイドライン)

### ● 診療所の名称

診療所、歯科診療所の名称は、広告の一環としてその使用が制限されています。  
虚偽にあたるもの、他の医療機関と比較して優良であることを示すもの、誇張した表現のもの、客観的事実が証明できないもの等は名称に使用することができません。  
また、〇〇センター等具体的に使用が制限されているものもあるため、詳しくは医療広告ガイドラインをご確認ください。  
※医療法人の場合は、定款(寄附行為)に記載された診療所の名称になります。

### ● 標榜科目

診療所、歯科診療所が標榜する診療科名は、医療広告ガイドラインによる決まりがあります。

【診療科名として認められないものの例】

呼吸器科、循環器科、消化器科、女性科、老年科、化学療法科、疼痛緩和科、ペインクリニック科、糖尿病科、性感染症科、インプラント科、審美歯科等
---

※呼吸器科、循環器科、消化器科等、平成20年政令第36号医療法施行令の一部を改正する政令により広告することが認められなくなったものがあります。詳しくは医療広告ガイドラインをご確認ください。

※麻酔科については、担当医師が厚生労働大臣の許可を得た場合に限り、広告可能です。

また、麻酔科を診療科名として広告するときには、許可を受けた医師の氏名を併せて広告しなければなりません。

## (3) 国・県からの通知等

厚生労働省や神奈川県からの通知を藤沢市ホームページに掲載していますので定期的にご確認下さい。

・地域保健課(藤沢市ホームページ)

<http://www.city.fujisawa.kanagawa.jp/hoken-j/index.html>

## 2 診療所の開設等に係る手続き

### (1) 開設

診療所を開設しようとする者は、開設予定年月日のおおよそ1ヶ月前に「診療所開設許可申請書」を提出し、許可取得後に診療所を開設した者は、開設後10日以内に「診療所開設届」を提出する必要があります。

(根拠: 医療法第7条第1項、医療法施行令第4条の2第1項)

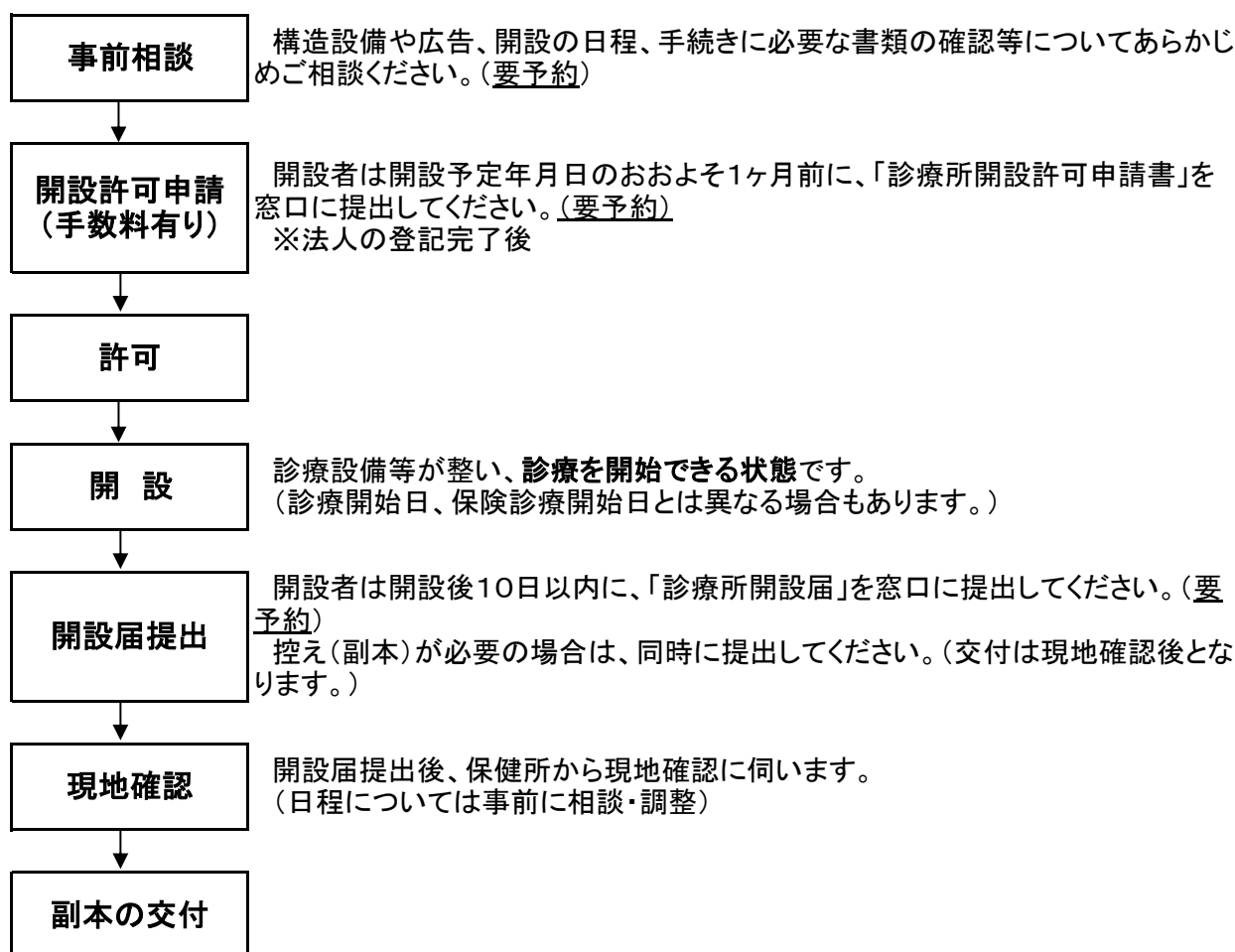
※新規開設以外の場合でも次に該当する場合は、開設許可申請書、開設届の提出が必要となります。

(同時に廃止届も必要)

- ①診療所を移転した場合
- ②診療所の開設者を変更した場合

#### 手続きの流れ

\* 控えが必要な場合には、提出書類を必要部数ご持参ください。



#### 【その他注意事項】

・エックス線装置を設置する場合、エックス線装置設置届の提出も必要となります。

## ○診療所開設許可申請書(手数料有り)

診療所開設許可申請書記載内容	書き方注意事項
開設者住所、氏名、電話番号	主たる事業所の所在地、法人名称及び代表者の職・氏名、法人電話番号
名称	名称については広告の一環として使用に制限があります ※1 診療所開設時の注意(2) 広告の制限参照 医療法人の場合は、定款(寄附行為)に記載された診療所の名称になります。
開設の場所	診療所の所在地 医療法人の場合は、定款(寄附行為)に記載された診療所の所在地になります。
診療を行おうとする科目	標榜できる診療科目については決まりがありません ※1 診療所開設時の注意(2) 広告の制限
開設の目的	医療法人の場合は、定款(寄附行為)に記載された目的のとおり記載
維持の方法	保険診療の場合は「診療報酬による」等と記載
医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の従業者の定員	診療所で定める定員 ※医師が常時3人以上勤務する場合、専属薬剤師の配置が必要
敷地の面積及び平面図	
敷地周辺の見取図	
建物の構造概要及び平面図	
歯科医業を行う診療所であって歯科技工室を設けようとするときは、その構造設備の概要	該当する場合に記載 ※別紙添付可
病床のある診療所については、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	「〇床」と記載
開設者が法人であるときは、定款、寄附行為又は条例	「 <input type="checkbox"/> 別紙のとおり」にレ点を記載
開設の予定年月日	開設しようとする日 ※診療開始日、保険診療開始日とは異なる場合があります

※添付資料は次項に記載

【添付資料等】

添付資料	注意事項
① 管理者の履歴書	写真なし可
② 管理者の医師・歯科医師免許証(及び臨床研修修了登録証)	原本持参、写し添付 医師免許平成16年以降、歯科医師免許平成18年以降取得の場合、臨床研修修了登録証の写しも添付(原本持参) ※法人代表者と管理者が異なる場合、開設者が原本照合をした写しのみでも可
※管理者と法人代表者が異なる場合には(1)～(2)も添付 ③ (1)管理者が理事であることがわかる書類等 (2)管理者就任承諾書	(1)理事及び管理者就任に関する議事録等 (2)書式任意
④ 診療所周辺図	直近の駅やバス停とそこからの距離や位置がわかるもの
⑤ 敷地平面図	ビル内などの場合にはフロアの平面図
⑥ 建物平面図	実際の表示と同じ内容で室名を記載(エックス線室、X線室、レントゲン室など)
⑦ 歯科技工室の平面図	歯科技工室がある場合には添付
⑧ 開設場所にかかる契約書等	● テナント等を使用する場合 使用目的が診療所(歯科診療所)となっている賃貸借契約書 ※原本持参、写し添付
	● 法人名義の土地・建物の場合 土地及び建物の登記簿謄本 ※原本持参、写し添付
	● 法人以外の名義の土地・建物の場合 診療所(歯科診療所)として使用する旨を記載した覚書や契約書 ※原本持参、写し添付
	● 土地・建物どちらか一方が本人名義の場合 土地または建物の登記簿謄本 本人以外の名義の土地または建物について、診療所(歯科診療所)として使用する旨を記載した覚書や契約書 ※原本持参、写し添付
⑨ 法人の定款	開設者が原本照合をしたもの
⑩ 履歴事項全部証明書	原本持参
⑪ 手数料(18,000円)	申請時窓口で現金払い

## ○診療所開設届(非医師開設)

診療所開設届記載内容		書き方注意事項
開設者住所、氏名、電話番号		主たる事業所の所在地、法人名称及び代表者の職・氏名、法人電話番号
診療所	名称	名称については広告の一環として使用に制限があります ※1 診療所開設時の注意(2) 広告の制限参照 開設許可書と同じ名称
	開設場所	診療所の所在地 開設許可書と同じ所在地
	電話番号	診療所の電話番号
	FAX番号	診療所のFAX番号(FAXがない場合は空欄でも可)
	Eメール	診療所のメールアドレス(ない場合は空欄でも可)
開設許可	年月日	開設許可書に記載されている許可年月日
	許可番号	開設許可書に記載されている許可番号
開設年月日		診療を開始できる状態が整った日
管理者	住所	管理者の自宅住所
	氏名	管理者氏名
	電話番号	管理者の自宅電話番号
診療に従事する医師・歯科医師		従事する医師・歯科医師(管理者含む)の氏名、医師・歯科医師免許登録番号、登録年月日、雇用形態、担当診療科名、診療日、診療時間 医師免許平成16年以降、歯科医師免許平成18年以降取得の場合、臨床研修修了登録証の登録年月日も記載。対象外の場合には「 <input type="checkbox"/> 対象外」にレ点を記載。 (記入欄不足の場合は別紙1を使用)
業務に従事する助産師		従事する助産師の氏名、助産師免許登録番号、登録年月日、勤務の日、診療時間 (記入欄不足の場合は、任意様式の別紙添付)
勤務する薬剤師		勤務する薬剤師の氏名、免許の種類、免許登録番号、登録年月日、勤務形態 (記入欄不足の場合は別紙2を使用)
嘱託医師(分娩を取り扱う助産所)		空欄
嘱託する病院又は診療所(分娩を取り扱う助産所)		空欄

### 【添付資料等】

添付資料	注意事項
① 管理者の履歴書	写真なし可
② 管理者の医師・歯科医師免許証(及び臨床研修修了登録証)	原本提示 医師免許平成16年以降、歯科医師免許平成18年以降取得の場合、臨床研修修了登録証も原本提示 ※法人代表者と管理者が異なる場合、開設者が原本照合をした写しのみでも可
③ 従事者(医師・歯科医師・薬剤師・助産師)の履歴書	写真なし可
④ 従事者(医師・歯科医師)の免許証(及び臨床研修修了登録証)	原本提示 医師免許平成16年以降、歯科医師免許平成18年以降取得の場合、臨床研修修了登録証も原本提示 ※原本を持参できない場合、開設者が原本照合をした写しのみでも可
⑤ 従事者(薬剤師、助産師)の免許証	原本提示 ※原本を持参できない場合、開設者が原本照合をした写しのみでも可

(2) 変更

開設届出事項に変更を生じようとするとき、変更を生じたときは、開設者は変更前に「診療所開設許可事項変更許可申請書」、変更後10日以内に「診療所開設許可(届出)事項変更届」を提出する必要があります。

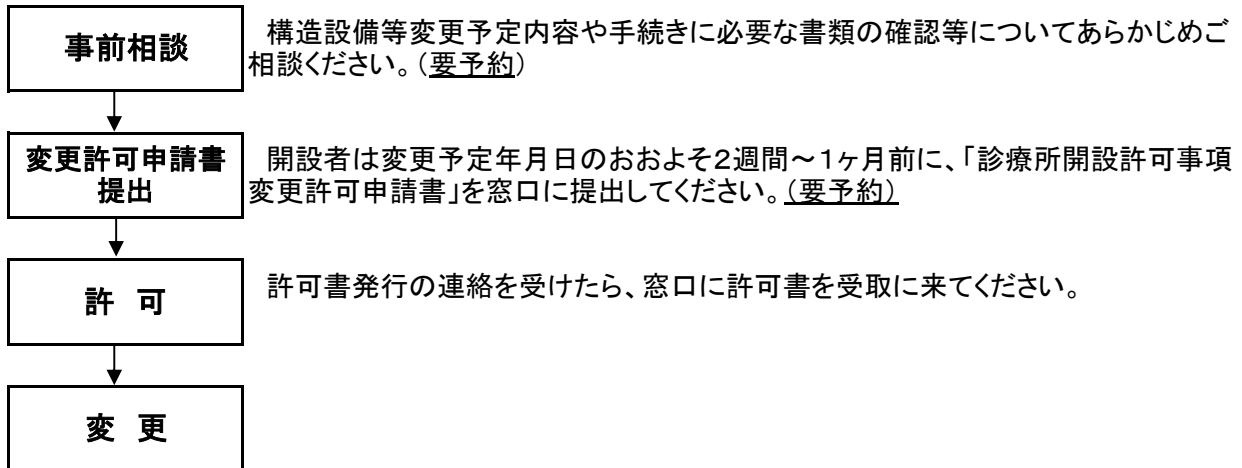
※変更内容により、手続の時期・種類が異なります。

(根拠: 医療法第7条第2項、医療法施行令第4条第1項及び第4条の2第2項)

① 開設許可事項変更許可申請(事前提出)

手続の流れ

\* 控えが必要な場合には、提出書類を必要部数ご持参ください。



◎ 診療所開設許可事項変更許可申請書

変更事項(例)	添付書類
開設の目的及び維持の方法	なし
従業員の定員	なし ※医師が常時3人以上勤務する場合、専属薬剤師の配置が必要
敷地の面積・平面図	変更前・変更後の図面
建物の構造概要・平面図	変更前・変更後の図面
歯科医業を行う診療所であって歯科技工室を設けようとするときは、その構造設備の概要	変更前・変更後の図面

【その他注意事項】

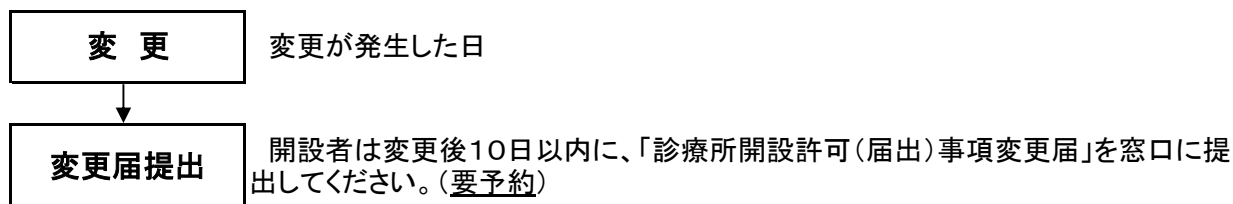
・従事する医師・歯科医師の変更に伴い、エックス線装置の従事者を変更する場合、エックス線装置変更届の提出が必要となります。



## ② 開設許可(届出)事項変更届

### 手続きの流れ

\* 控えが必要な場合には、提出書類を必要部数ご持参ください。



## ◎ 診療所開設届出事項変更届

変更事項(例)	添付書類
開設者の氏名・住所	履歴事項全部証明書 ※原本持参
名称	履歴事項全部証明書 ※原本持参
診療科目	なし ※麻酔科は担当医師が厚生労働大臣の許可を受けた場合に限り可(許可証原本提示、写し添付) 原本を持参できない場合、開設者が原本照合をした写しのみでも可
定款、寄附行為又は条例	定款(※開設者が原本照合したもの)、履歴事項全部証明書(※原本持参)等
管理者の住所・氏名	・履歴書 ・医師・歯科医師免許証及び臨床研修修了登録証(医師免許平成16年以降、歯科医師免許平成18年以降取得の場合)の原本 ※法人代表者と管理者が異なる場合、開設者が原本照合をした写しのみでも可 ・管理者変更についての法人議事録等 ・管理者就任承諾書 ※法人議事録及び管理者就任承諾書は、法人代表者と管理者が異なる場合のみ

### 【その他注意事項】

・従事する医師・歯科医師の変更に伴い、エックス線装置の従事者を変更する場合、エックス線装置変更届の提出が必要となります。

### (3) 廃止・休止・再開

開設者は診療所を廃止、休止または休止した診療所を再開したときは、事後10日以内に「診療所廃止・休止・再開届」を提出する必要があります。

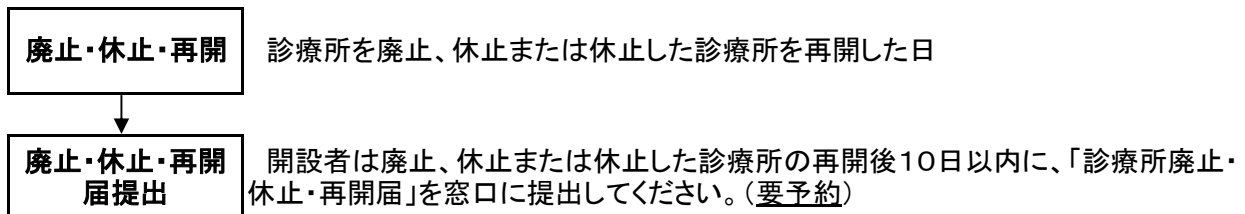
(根拠: 医療法第9条)

※次に該当する場合には廃止届の提出が必要となります。(同時に開設許可申請、開設届も必要)

- ①診療所を移転した場合
- ②診療所の開設者を変更した場合

#### 手続きの流れ

\* 控えが必要な場合には、提出書類を必要部数ご持参ください。



#### ◎ 診療所廃止・休止・再開届

診療所廃止・休止・再開届記載内容	書き方注意事項
開設者住所、氏名、電話	主たる事業所の所在地、法人名称及び代表者の職・氏名、法人電話番号
名称	診療所名称
所在地	開設届と同様の内容
廃止(休止・再開)年月日	診療所を廃止、休止または休止した診療所を再開した日
廃止(休止・再開)の理由	業務を休止、廃止、再開する理由を記載
(休止の場合)予定期間	休止の場合には予定期間を記載 ※1年を超える休止は出来ません

#### 【その他注意事項】

・エックス線装置が設置されている場合、エックス線装置廃止届の提出も必要となります。

### 3 エックス線装置に関する手続き

管理者は診療所にエックス線装置を設置したとき、エックス線装置の従事者を変更したとき、設置されたエックス線装置を廃止したとき等に、事後10日以内に「エックス線装置設置届」「エックス線装置変更届」「エックス線装置廃止届」をそれぞれ提出する必要があります。  
(根拠: 医療法第15条第3項)

#### (1) エックス線装置設置届

エックス線装置新規設置、更新等の場合に提出が必要となります。

##### 手続きの流れ

\* 控えが必要な場合には、提出書類を必要部数ご持参ください。

エックス線装置設置

エックス線装置を設置した日

エックス線装置  
設置届提出

管理者はエックス線装置を設置してから10日以内に、「エックス線装置設置届」を窓口に提出してください。(要予約)

#### (2) エックス線装置変更届

エックス線装置の従事者、室名、予防措置の概要の変更等の場合に提出が必要となります。

##### 手続きの流れ

\* 控えが必要な場合には、提出書類を必要部数ご持参ください。

変更

エックス線装置設置届により届け出ている内容に変更を生じた日

エックス線装置  
変更届提出

管理者は変更後10日以内に、「エックス線装置変更届」を窓口に提出してください。(要予約)

#### ◎ エックス線装置変更届

変更事項(例)	添付書類
エックス線装置の従事者	なし(人数が多い場合は別紙添付)
エックス線診療室のエックス線障害の防止に関する構造設備	お問い合わせ下さい(0466-50-3592(直通))
予防措置の概要	お問い合わせ下さい(0466-50-3592(直通))

### (3) エックス線装置廃止届

エックス線装置の廃止の場合に提出が必要となります。

#### 手続きの流れ

\* 控えが必要な場合には、提出書類を必要部数ご持参ください。

エックス線装置廃止

エックス線装置を廃止した日



エックス線装置  
廃止届提出

管理者はエックス線装置を廃止してから10日以内に、「エックス線装置廃止届」を窓口に提出してください。(要予約)

#### 【添付書類等】

・マニフェスト、エックス線装置の引取り証明書等

※原本持参、写し添付

## Q&A

Q-1 事前相談、届出提出の際に予約は必要ですか？

A-1 担当者不在の場合には対応出来ない可能性もありますので、事前にご予約の上、来所してください。

Q-2 事前相談、届出提出の受付時間はいつですか？

A-2 土日祝日を除き、8:30～17:00まで受付しています。(12:00～13:00お昼休みのため、担当者不在の場合有り)また、担当者不在の場合には対応出来ない可能性もありますので、事前にご予約の上、来所してください。

Q-3 許可申請について、代理人による申請でも可能ですか？

A-3 許可申請については、開設者(理事等の法人職員)による申請が原則となりますが、代理人でも申請が可能です。

Q-4 届出提出について、代理人による提出でも可能ですか？

A-4 届出の提出については、開設者(理事等の法人職員)による提出が原則となりますが、代理人でも提出が可能です。

Q-5 記入ミスをしてしまった、どのように訂正すればいいですか？

A-5 間違えた箇所に二重線をし、正しい内容を記入してください。

Q-6 開設者の原本照合はどのようにするのですか？

開設者が原本を確認し、写しの余白や裏面に次の内容を記載してください。

- ①原本確認日
- ②原本と相違ない旨の記載
- ③法人名称及び代表者の職・氏名

A-6

(例) ○○年○月○日  
原本と相違ありません。  
医療法人○○○○ 理事長○○○○  
(↑法人名称) (↑代表者の職・氏名)

Q-7 届出提出時、印鑑は持参した方がいいですか？

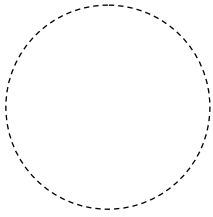
A-7 印鑑は持参する必要はありません。

★ その他ご質問・ご不明点等があれば地域保健課までお問い合わせ下さい。  
(0466-50-3592(直通))

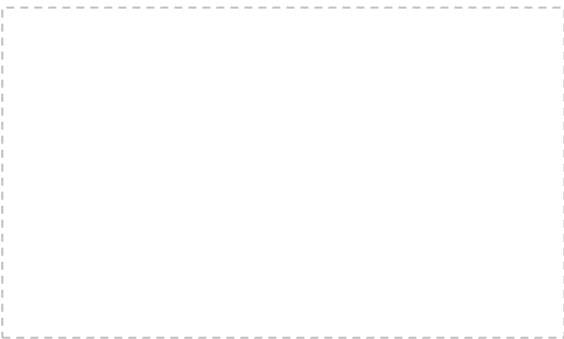
## 各種届出書様式集

(1) 診療所開設許可申請書	.....	様式医02
(2) 診療所開設届	.....	様式医07
別紙1、2		
(3) 診療所開設許可事項変更許可申請書	.....	様式医04
(4) 診療所開設許可(届出)事項変更届	.....	様式医10
別紙1、2		
(5) 診療所廃止・休止・再開届	.....	様式医13
(6) エックス線装置設置届	.....	様式医21
別紙		
(7) エックス線装置変更届	.....	様式医30
別紙		
(8) エックス線装置廃止届	.....	様式医31

(様式医02)



# 診療所開設許可申請書



年 月 日

藤沢市保健所長

〒

住所

開設者 氏名

電話 ( )

(法人の場合、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の職・氏名)

次のとおり診療所の開設許可を申請します。

ふりがな

1 名称

2 開設の場所 神奈川県藤沢市

3 診療を行おうとする科目

4 開設の目的

5 維持の方法

6 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の従業者の定員

職種	医師	歯科医師	薬剤師	看護師	准看護師	助産師	歯科衛生士	看護補助者	管理栄養士	診療放射線技師	臨床検査技師	理学療法士	作業療法士	事務員	その他	計
定員																

7 敷地の面積及び平面図 面積 m<sup>2</sup> 平面図

施設番号 ( ) 18,000 □ 施行番号 202 - 001 - □

8 敷地周囲の見取図

9 建物の構造概要及び平面図(各室の用途を示し、療養病床に係る病室があるときは、これを明示してください)

10 歯科医業を行う診療所であって歯科技工室を設けようとするときは、その構造設備の概要

11 病床のある診療所については、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  
病床数 床 ( 病床 床, 病床 床)

各病室の病床数

階	室名	室面積 (内法) A	病床数 B	1床あたりの床面積 A/B
		m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup>
		m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup>
		m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup>
		m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup>
		m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup>

12 開設者が法人であるときは、定款、寄付行為又は条例

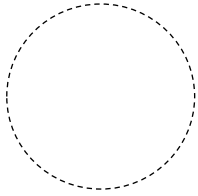
別紙のとおり

13 開設の予定年月日 年 月 日

添付書類等

- ・管理者の免許証及び臨床研修修了登録証の写し
- ・管理者の履歴書
- ・土地及び建物の登記簿等 (賃借等している場合は賃貸借契約書等)
- ・法人登記簿等
- ・その他必要書類





病 院  
 診 療 所  
 助 産 所

開 設 届

(表)

年 月 日

藤 沢 市 保 健 所 長

〒 ー

住 所

開 設 者

氏 名

電 話

( )

(法人の場合、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の職・氏名)

次のとおり届け出ます。

1 病 院 診 療 所 助 産 所	ふりがな 名 称	
	開設場所	〒 ー 神奈川県藤沢市
	電話番号 FAX番号 Eメール	( ) ( ) @
2 開設許可	年 月 日	年 月 日
	許可番号	第 ー 001 ー 号
3 開設年月日		年 月 日
4 管 理 者	住 所	〒 ー
	ふりがな 氏 名	
	電話番号	( )

(裏面へ続く)

以下、保健所使用欄

標記のとおり届出があったため、受理するものです。

施行番号 : 202 - 005 -

施設番号 :

起案 年月日 . .	所 長	副所長	課 長	主 幹	課長補佐	主 査	担 当	起案者
決裁 年月日 . .								

(裏)

5 診療に従事する医師・歯科医師（管理者含む）  別紙のとおり

氏名	免許証番号 登録年月日 臨床研修修了 登録年月日	勤務 形態	担当診療科名	診療日	診療時間
<input type="checkbox"/> 医 <input type="checkbox"/> 歯	第 号 . . . <input type="checkbox"/> 対象外	常 ・ 非			
<input type="checkbox"/> 医 <input type="checkbox"/> 歯	第 号 . . . <input type="checkbox"/> 対象外	常 ・ 非			
<input type="checkbox"/> 医 <input type="checkbox"/> 歯	第 号 . . . <input type="checkbox"/> 対象外	常 ・ 非			
<input type="checkbox"/> 医 <input type="checkbox"/> 歯	第 号 . . . <input type="checkbox"/> 対象外	常 ・ 非			

6 業務に従事する助産師  別紙のとおり

氏名	免許証番号 登録年月日	勤務の日	勤務時間	勤務形態
	第 号 . .			常・非
	第 号 . .			常・非

7 勤務する薬剤師  別紙のとおり

氏名	免許証番号	登録年月日	勤務形態
	第 号	年 月 日	常・非
	第 号	年 月 日	常・非

8 嘱託医師等（分娩を取り扱う助産所）

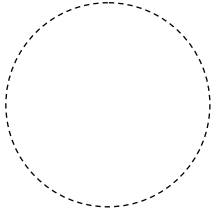
嘱託医師（もしくは産科・産婦人科を有する病院・診療所の担当医師のいずれかが対応）	住所	
	氏名又は名称	
嘱託する病院又は診療所	住所（所在地）	
	名称	

（添付書類）

- ・ 管理者及び従事する医師、歯科医師の免許証及び臨床研修修了登録証の写し
- ・ 従事する薬剤師及び助産師の免許証の写し
- ・ 管理者及び従事する医師、歯科医師、薬剤師、助産師の履歴書
- ・ 助産所の開設にあつては、嘱託医師となる旨の承諾書、免許証の写し及び嘱託病院・診療所となる旨の承諾書
- ・ その他必要書類







病 院  
 診 療 所  
 助 産 所

開設許可事項変更許可申請書

年 月 日

藤沢市保健所長

〒 ー

住 所

開設者 氏 名

電 話 ( )

(法人の場合、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の職・氏名)

次のとおり開設許可事項の変更許可を申請します。

ふりがな

1 名 称

2 所 在 地 神奈川県藤沢市

3 変更しようとする事項

<input type="checkbox"/> 従業者の定員	<input type="checkbox"/> 敷地の面積・平面図
<input type="checkbox"/> 建物の構造概要・平面図	<input type="checkbox"/> 施設・構造設備の概要
<input type="checkbox"/> 病床数・病床の種類	<input type="checkbox"/> 各病室の病床数
<input type="checkbox"/> その他 ( )	

4 変更前の概要

5 変更後の概要

6 変更の理由

7 変更予定年月日 年 月 日

施設番号 ( )

施行番号 202 - 002 - □

(様式医01・04別紙)

構造設備の概要

(1) 各科専門の診察室

階	室名	室面積 (内法)	処置室兼用の場合その部分の面積
		m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>
		m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>
		m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>
		m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>

(2) 手術室及び準備室

階	室名	室面積 (内法 m <sup>2</sup> )	構造設備					
			手術台数	床	壁	天井	照明	暖房

(3) 処置室 (診察室兼用の場合は除く)

階	室名	室面積 (内法)
		m <sup>2</sup>
		m <sup>2</sup>
		m <sup>2</sup>
		m <sup>2</sup>

(4) 臨床検査室施設その他の検査試験施設

階	室名	室面積 (内法)	設備の概要
		m <sup>2</sup>	
		m <sup>2</sup>	
		m <sup>2</sup>	
		m <sup>2</sup>	

(5) エックス線装置

階	室名	室面積 (内法)	製作者・型式
		m <sup>2</sup>	
		m <sup>2</sup>	
		m <sup>2</sup>	
		m <sup>2</sup>	

(6) 調剤所

階	室名	室面積(内法)	採光面積	換気方法
		m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	
		m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	

(7) 消毒施設

階	室名	室面積 (内法)
		m <sup>2</sup>
		m <sup>2</sup>

(8) 給食施設

階	室名	室面積 (内法)
		m <sup>2</sup>
		m <sup>2</sup>

(9) 洗濯施設

階	室名	室面積 (内法)
		m <sup>2</sup>

(10) 分娩室・新生児の入浴施設

階	室名	室面積 (内法)
		m <sup>2</sup>

(1 1) 機能訓練室

階	室名	室面積 (内法)
		m <sup>2</sup>
		m <sup>2</sup>

(1 2) 談話室

階	室名	室面積 (内法)
		m <sup>2</sup>
		m <sup>2</sup>

(1 3) 食堂

階	室名	室面積 (内法)
		m <sup>2</sup>
		m <sup>2</sup>

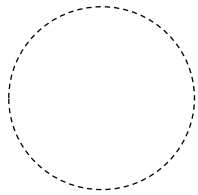
(1 4) 浴室

階	室名	室面積 (内法)
		m <sup>2</sup>
		m <sup>2</sup>





(様式医10)



病 院 開設  許 可 事 項 変 更 届  
 診 療 所  届 出  
 助 産 所

年 月 日

藤 沢 市 保 健 所 長

〒 ー

住 所

ふりがな

開 設 者

氏 名

電 話

( )

(法人の場合、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の職・氏名)

次のとおり届け出ます。

ふりがな

1 名 称

2 所 在 地

〒 ー

神奈川県藤沢市

3 変 更 を 生 じ た 事 項

- (法人)  開設者の住所・氏名 (法人の事務所所在地・名称)  名称  
 診療科目  管理者の住所・氏名  定款・寄付行為・条例  
 病床数・病床の種別ごとの病床数・各病室の病床数 (減少させる場合のみ)  
 その他 ( )
- (個人)  開設者の住所・氏名  名称  従業者の定員  診療科目  
 敷地の面積・平面図  建物の構造概要・平面図  勤務する薬剤師  
 病床数・病床の種別ごとの病床数・各病室の病床数 (減少させる場合のみ)  
 診療に従事する医師・歯科医師の氏名・診療科名・勤務日・診療時間  
 その他 ( )

4 変 更 前 の 概 要

5 変 更 後 の 概 要

6 変 更 の 理 由

7 変 更 年 月 日

年 月 日

(添付書類)

- ・ 変更により採用となる医師もしくは歯科医師の免許証、臨床研修修了登録証の写し及び履歴書
- ・ その他必要書類

以下、保健所使用欄

施行番号 : 202 - 006 -

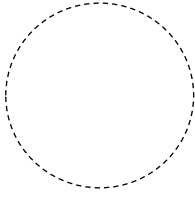
標記のとおり届出があったため、受理するものです。

施設番号 :

起案 年月日	所 長	副所長	課 長	主 幹	課長補佐	主 査	担 当	起案者
決裁 年月日								







病 院 所  
 診 療 所  
 助 産 所

廃 止  
 休 止  
 再 開

届

年 月 日

藤沢市保健所長

〒 ー

住 所

ふりがな

開設者

氏 名

電 話

( )

(法人の場合、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の職・氏名)

次のとおり届け出ます。

ふりがな

1 名 称

2 所 在 地

神奈川県藤沢市

3 廃止（休止・再開）年月日

年 月 日

4 廃止（休止・再開）の理由

5 （休止の場合）予定期間

年 月 日 まで

備考

・正当の理由がないのに一年を超えて休止することはできません（個人開設の場合を除く）

以下、保健所使用欄

施行番号：202-009-

標記のとおり届出があったため、受理するものです。

施設番号：

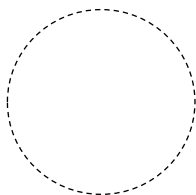
起案 年月日	所 長	副所長	課 長	主 幹	課長補佐	主 査	担 当	起案者
決裁 年月日								

# エックス線装置設置届

年 月 日

藤沢市保健所長

〒 -



住所

管理者 氏名

電話 ( )

次のとおり届け出ます。

区 分		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 移設 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
<input type="checkbox"/> 診療院所	名 称				病 床	<input type="checkbox"/> 有( 床) <input type="checkbox"/> 無	
	所 在 地	神奈川県藤沢市					
	電 話	( )					
エ ッ ク ス 線 装 置	製 作 者 名						
	型 式						
	台 数						
	エックス線高電圧 発生装置の定格出力	連 続	k V		mA		
		短時間	k V		mA sec		
		蓄放式	k V		μ F		
	管球の型式及び数	型 式				管球数	
	用 途	<input type="checkbox"/> 透視 <input type="checkbox"/> 断層撮影 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 乳房撮影 <input type="checkbox"/> 位置決定用 <input type="checkbox"/> 直接撮影 <input type="checkbox"/> 間接撮影 <input type="checkbox"/> 歯科用 ( <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 全がく <input type="checkbox"/> CT ) <input type="checkbox"/> その他 ( )					
設置年月日	年		月		日		
使用診療室名							
エックス線装置及びエックス線診療室のエックス線障害の防止に関する構造設備及び予防措置の概要					別紙のとおり		
エックス線診療に従事する医師歯科医師、診療放射線技師、診療エックス線技師							
<input type="checkbox"/> 別紙のとおり	氏 名	生 年 月 日	職 種	エックス線診療に関する事項			
				免許番号	登録年月日	経歴(年数)	
							年
							年
							年

以下、保健所使用欄

施行番号 : 202 - 016 -

標記のとおり届出があったため、受理するものです。

施設番号 :

起案 年月日	所 長	副所長	課 長	主 幹	課長補佐	主 査	担 当	起案者
決裁 年月日								

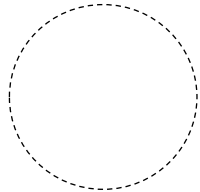
# エックス線装置設置届

年 月 日

藤沢市保健所長

**見本**

〒 251-0000



住所 神奈川県藤沢市朝日町〇番地

管理者 氏名 〇〇 〇〇

開設者ではありません↑ 電話 0466 ( 25 ) 0000

次のとおり届け出ます。

区 分		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 移設 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
<input type="checkbox"/> 診療院所	名 称	〇〇診療所		病 床	<input type="checkbox"/> 有( 床) <input type="checkbox"/> 無	
	所 在 地	神奈川県藤沢市 神奈川県藤沢市鶴沼〇番地 〇〇ビル〇階				
	電 話	0466 ( 50 ) 0000				
エ ッ ク ス 線 装 置	製 作 者 名	〇〇〇株式会社				
	型 式	△△△				
	台 数	〇台				
	エックス線高電圧 発生装置の定格出 力	連 続	k V	mA		
		短時間	k V	mA sec		
		蓄放式	k V	μ F		
	管球の型式及び数	型 式	〇〇-〇		管球数	1
用 途	<input type="checkbox"/> 透視 <input type="checkbox"/> 断層撮影 <input type="checkbox"/> C T <input type="checkbox"/> 乳房撮影 <input type="checkbox"/> 位置決定用 <input type="checkbox"/> 直接撮影 <input type="checkbox"/> 間接撮影 <input type="checkbox"/> 歯科用 ( <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 全がく <input type="checkbox"/> C T ) <input type="checkbox"/> その他 ( )					
設置年月日	2015 年 4 月 1 日					
使用診療室名	〇〇室 ←実際の診療室名を記載してください					
エックス線装置及びエックス線診療室のエックス線障害の防止に関する構造設備及び予防措置の概要				別紙のとおり		
<input type="checkbox"/> 別紙のとおり	エックス線診療に従事する医師歯科医師、診療放射線技師、診療エックス線技師					
	氏 名	生 年 月 日	職 種	エックス線診療に関する事項		
				免許番号	登録年月日	経歴(年数)
	〇〇 〇〇	H12.3.4	医師	*****号	H8.4.1	19年
	△△ △△	S54.3.21	診療放射線技師	*****号	H25.4.1	2年
					年	

以下、保健所使用欄

施行番号 : 202 - 016 -

標記のとおり届出があったため、受理するものです。

施設番号 :

起案年月日	所 長	課 長	課長補佐	主 査	担 当	放射線技師	起案者	受付者
決裁年月日								

## 「エックス線装置設置届」に係る添付書類について

「エックス線装置設置届」を提出するに当たり、次に掲げる事項を記載した縮尺50分の1の平面図及び側面図を添付してください。

なお、歯科用エックス線診療室の場合には、縮尺25分の1の平面図及び側面図を添付してください。

1. エックス線診療室に隣接（上階及び下階を含む。）する各室の名称及び周囲の状況
2. エックス線装置の位置及び照射方向並びにエックス線管からの天井、床及び周囲の画壁の外側までの距離（表記はメートル単位とすること）
3. 患者更衣施設（設備）、専用便所等の表示
4. 移動型エックス線装置にあつては、その保管場所
5. 漏えい線量の測定位置（移動型エックス線装置にあつては、その線量分布）
6. 管理区域から敷地内居住区域及び敷地境界までの距離並びに標識の位置（表記はメートル単位とする。なお、この場合は管理区域を朱書きで囲む。）
7. エックス線装置搭載自動車にあつては、当該自動車の車検証の写し

また、以下に掲げた機械・機種、及びその診療室に係わる添付書類には、事前評価として、「しゃへい計算書」の添付もお願いします。

1. 透視用撮影装置
2. CTエックス線装置（歯科用を除く）
3. その他（必要に応じて）



構造設備及び予防措置の概要（エックス線装置）

<別紙>

エ ッ ク ス 線 装 置 の エ ッ ク ス 線 障 害 の 防 止 に 関 す る 構 造 設 備 及 び 予 防 措 置 の 概 要	エックス線管焦点から1メートルの距離における利用線錐以外のエックス線の空気カーマ率		mGy/時	
	管球の総ろ過		mmAl当量	
	コンデンサ式の場合、エックス線高電圧の充電の状態における照射時以外の接触可能表面から5センチメートルの距離におけるエックス線の空気カーマ率		μ Gy/時	
	透 視 用 装 置	透視中の患者の入射面の利用線錐の中心における空気カーマ率		mGy/分
		透視時間の積算及び警告ができるタイマー		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		エックス線管焦点皮膚間距離制御装置		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		蛍光板（I・I）の有効面積外照射防止装置		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		利用線錐中の蛍光板（I・I）等の受像器を通過後の接触可能表面から10センチメートルの距離におけるエックス線の空気カーマ率		μ Gy/時
		透視時の最大受像面を3.0センチメートルを超える部分の接触可能表面から10センチメートルの距離におけるエックス線の空気カーマ率		μ Gy/時
		利用線錐以外のエックス線 遮へい装置		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
歯 科 用 以 外 の 直 接 撮 影 用 装 置	受像面の有効面積外照射防止装置		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	焦点皮膚間距離		cm以上	
胸 部 集 検 用 間 接 撮 影 用 装 置	蛍光板（I・I）の有効面積外照射防止装置		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	受像器の1次防護遮へい体による装置の接触可能表面から10センチメートルの距離におけるエックス線の空気カーマ		μ Gy/ばく射	
	被照射体の周囲に箱状の遮へい体を設けた場合のその遮へい体の接触可能表面から10センチメートルの距離におけるエックス線の空気カーマ		μ Gy/ばく射	
移 動 用 装 置	使用中の表示		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	立入り制限措置		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	撮影時の防護措置		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	装置の保管場所・方法			
歯 科 用 装 置	照射野（皮膚面）		直径 cm cm × cm	
	焦点皮膚間距離		cm	
治 療 用 装 置	エックス線装置の接触可能表面から5センチメートルの距離における利用線錐以外の空気カーマ率		mGy/時	
	エックス線管焦点から1メートルの距離における利用線錐以外の空気カーマ率		mGy/時	
	ろ過板が引き抜かれたときエックス線の発生を遮断するインターロック		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

構造設備及び予防措置の概要（エックス線診療室）

エックス線診療室の エックス線障害の防止に関する 構造設備及び予防措置の概要	主要構造部等の構造		耐火構造・不燃材料・その他（ ）			
	遮蔽物		構造	材料	厚さ（cm）	
	区分					
	天井					
	診療室の 画面 防護等	1				
		2				
		3				
		4				
		監視用窓				
		出入口の扉				
		床				
	その他の開口部	<input type="checkbox"/> 有（用途 ） <input type="checkbox"/> 無				
	操作室	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無（理由 ）				
	診療室の標識		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	エックス線障害の防止に必要な注意事項の掲示			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	管理区 域	管理区域を設ける場所				
		境界における実効線量（最大値）		mSv/3月		
		立入り制限措置		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
		標識		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
		エックス線使用中の表示		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
敷地の境界	敷地内居住区域及び敷地の境界における実効線量（最大値）		μSv/3月			
入院患者の被ばくする放射線（診療により被ばくする放射線を除く。）の実効線量（最大値）			mSv/3月			
取扱者の被ばく防護用具						
取扱者の被ばく測定器具						
エックス線診療室に設置（設置を予定）しているその他の装置			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
型式			放射線障害 予防措置の 概要			
用途						

エックス線診療室放射線量測定記録

(表)

医療機関名称												
測定室名			測定年月日			年		月		日		
測定器	製作者名			製造年月日			年		月		日	
	形式											
	検定(校正)年月日											
	検定(校正)施設名											
ファントムの種類及び大きさ			<input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> MIXDp <input type="checkbox"/> アクリル <input type="checkbox"/> その他( ) (タテ) cm × (ヨコ) cm × (厚さ) cm									
照射野			( ) cm × ( ) cm ・ 直径( ) cm ・ スリット									
照射条件	管電圧 (kV)		1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)	9)	10)
	管電流 (mA)											
	時間 (sec)											
	F・S・D (m)											
	備考											
床上から測定点までの高さ (m)			測定時のレンジ			B・G						
気温	°C	気圧	hPa	湿度	%	天候	<input type="checkbox"/> 晴 <input type="checkbox"/> 曇 <input type="checkbox"/> 雨( )					
測定者に関する事項	所在地											
	名称			電話								
	資格者			氏名								
立会者	職名			氏名								

注：F・S・Dとは、焦点ファントム表面間距離をいう。

注意事項

- 線量当量について、放射線測定器を用いて測定することが著しく困難な場合には計算より算出することができる。
- バックグラウンド(B・G)の測定点を表示した図面を添付すること。
- 各管球ごとに、使用予定照射方向について測定すること。また、この場合添付図面に使用予定照射方向を矢印で記入すること。
- 透視用の場合には、線量当量率とし、撮影用は、線量当量(ばく射数)とすること。
- 測定室内に放射線の漏洩する恐れのあるすきま等がある場合には、その細部についても測定すること。
- 移動用装置の場合には、エックス線管焦点を中心として、周囲1メートル及び2メートルについて測定すること。
- 照射条件の番号は、管球番号(定格出力記載項目)と同一のものとする。

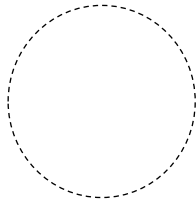
(裏)

医療機関名称						測定年月日		. .		
管球 番号										
照射 方向										
測定点 単位	$\mu\text{Sv}/\text{時}$ (ばく射数) ( ) 回		$\mu\text{Sv}/\text{時}$ (ばく射数) ( ) 回		$\mu\text{Sv}/\text{時}$ (ばく射数) ( ) 回		$\mu\text{Sv}/\text{時}$ (ばく射数) ( ) 回		$\mu\text{Sv}/\text{時}$ (ばく射数) ( ) 回	
	測定値	平均値	測定値	平均値	測定値	平均値	測定値	平均値	測定値	平均値
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										

測定者



(様式医30)



- エックス線装置
- 診療用高エネルギー放射線発生装置
- 診療用粒子線照射装置
- 診療用放射線照射装置
- 診療用放射線照射器具
- 放射性同位元素装備診療機器
- 診療用放射性同位元素
- 陽電子断層撮影診療用放射性同位元素

変更届

年 月 日

藤沢市保健所長

〒 -

住 所

管理者 氏 名

電 話 ( )

次のとおり届出事項を  変更した  変更する ので届け出ます。

<input type="checkbox"/> 病 院 <input type="checkbox"/> 診療所	名称		
	所在地	〒 - 神奈川県藤沢市	
	電話	( )	
変更対象装置		製作者名	
		型式・用途	
変更事項			
変更内容	変更前		
	変更後		
変更の理由			
変更年月日		年	月 日

以下、保健所使用欄

施行番号 : 202 - 024 -

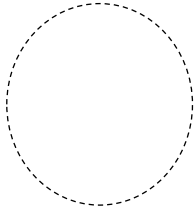
標記のとおり届出があったため、受理するものです。

施設番号 :

起案 年月日 . .	所 長	副所長	課 長	主 幹	課長補佐	主 査	担 当	起案者
決裁 年月日 . .								



(様式医31)



- 廃止届**
- エックス線装置
  - 診療用高エネルギー放射線発生装置
  - 診療用粒子線照射装置
  - 診療用放射線照射装置
  - 放射性同位元素装備診療機器

年 月 日

藤沢市保健所長

〒 -

住 所

管理者 氏 名

電 話 ( )

次のとおり届け出ます。

<input type="checkbox"/> 病 院 <input type="checkbox"/> 診療所	名称		
	所在地	〒 - 神奈川県藤沢市	
	電話	( )	
射ル廃 装ギ止 置しし ・放た 放射エ 射線ツ 性発ク 同生ス 位装線 元置装 素・置 装診・ 備療診 診用療 療放用 機射高 器線エ 照ネ	製作者名		
	型式		
	台数		
	用途		
	廃止時における放射線同位元素の数量(Bq)		
	廃止の理由		
	廃止後の処分方法		
廃止年月日	年	月	日
廃止後のエックス線診療室、 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・ 放射性同位元素装備診療機器） 使用室の用途			

以下、保健所使用欄

施行番号：202 - 025 -

標記のとおり届出があったため、受理するものです。 施設番号：

起案 年月日	所 長	副所長	課 長	主 幹	課長補佐	主 査	担 当	起案者
決裁 年月日								