

診 療 所 開 設 届

年 月 日

いわき市長 様

届出者 住所
氏名
電話番号

㊟

注意 □のある欄は、該当する箇所に \surd 印を付けてください。

名 称			
開 設 の 場 所		電話番号	
診 療 科 目			
開 設 年 月 日		年 月 日	
他の医療機関の開設及び勤務状況	現くは病院若し、し には診設理院若し、し 開管設理院若し、し 設管設理院若し、し	名 称	
		所 在 地	電話番号
	本施設と同時 に2以上診療所 院又は診療所 を開設する	名 称	
		所 在 地	電話番号
管 理 者	住 所	電話番号	
	氏 名		
	現に管理している 他の病院、診療所 又は助産所	名 称	
		所 在 地	電話番号

医師又は 歯科医師	氏名	担当 診療科目	診療日	診療時間 (勤務時間)	免許		
					登録年月日	番号	
						年月日	第 号
						年月日	第 号
薬剤師又は 助産師	職種	氏名	勤務日	勤務時間	免許		
					登録年月日	番号	
						年月日	第 号
						年月日	第 号
その 他の 従業者	看護師	人	准看護師	人	栄養士	人	
	診療放射線技師	人	診療エックス線技師	人	臨床検査技師	人	
	衛生検査技師	人	理学療法士	人	作業療法士	人	
	歯科技工士	人	歯科衛生士	人	臨床工学技士	人	
	看護補助者	人	調理員	人	事務員	人	
	その他	人	合計			人	
従業者 定員	医師	人	歯科医師	人	薬剤師	人	
	看護師	人	准看護師	人	助産師	人	
	栄養士	人	診療放射線技師	人	診療エックス線技師	人	
	臨床検査技師	人	衛生検査技師	人	理学療法士	人	
	作業療法士	人	歯科技工士	人	歯科衛生士	人	
	臨床工学技士	人	看護補助者	人	調理員	人	
	事務員	人	その他	人	合計	人	
建物の 構造概要等	構造				面積 (m ²)		
	造 階建						
	造 階建						
	建築面積	m ²	延べ建築 面積	m ²	敷地面積	m ²	
	建物の一部を 使用する場		造 階		階建ての建物中 の面積		

病室の構造概要等	建物別	階別	病室番号	病床数 (床)	床面積 (㎡)	1人当たりの床面積 (㎡)	天井高 (m)		
	病室数及び病床数	病室数	病床数	一般病床		療養病床			
				病室数	病床数	病室数	病床数		
			室	床	室	床			
廊下の幅	建物別	階別	片側廊下 (m)	中廊下 (m)	建物別	階別	片側廊下 (m)	中廊下 (m)	
階段数及び構造	建物別	階段数 (階から階まで)	通常階段				手すりの有無	避難 階段数	エレベーター 数
			幅 (m)	踊り場 (m)	け上げ (cm)	路面 (cm)			
						<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
						<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
診察室	室名	室面積 (㎡)			処置室兼用部分 (㎡)				
処置室	室名			室面積 (㎡)					
歯科治療室	室名			室面積 (㎡)					

歯科 技工室	室面積 (m ²)		構 造 設 備				防 じ ん 設 備			
臨 床 検 査 施 設	名 称		室 面 積 (m ²)		設 備 等					
調 剤 所	室 面 積 (m ²)		採光の状況	換気の状況	冷暗所の 有 無	給 水 箇 所 (箇所)	備付天びん (台)			
					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		感量 10mg 500mg			
手 術 室 等	室 名	面 積 (m ²)	構 造 設 備							
			手術台 (台)	床	壁	天井	照明	暖房	滅 菌 手洗 設 備	防 ば く 設 備
	手術室									
	準備室									
分 べ ん 室 等	分 べ ん 室		室面積	m ²	構造設備					
			室面積	m ²	構造設備					
	新生児入浴施設		室面積	m ²	構造設備					
消 毒 施 設	室面積 (m ²)		構 造				消毒方法及び設備			
洗 濯 施 設	室面積 (m ²)		構 造				洗 濯 設 備			

エックス線装置	固定又は 携帯の別	用 途		製作者名	型式	台数 (台)	定格出力 の管電圧 (kVp)
	<input type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> 携帯	<input type="checkbox"/> 撮影 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 歯科					
	<input type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> 携帯	<input type="checkbox"/> 撮影 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 歯科					
エックス線診療室	室 面 積 (m ²)	室 内 の 構 造		操作室面積 (m ²)	暗 室		
					面積 (m ²)	設 備	
給食施設	調理室面積 (m ²)	床の構造	採光通風の状況	食器消毒設備	食器洗浄設備	手洗い設備	配ぜん室
						<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
換気設備	感染症病室、結核病室又は病理細菌検査室の換気系統						
機能訓練室	室面積 (m ²)	設 備 の 概 要					
談話室	室面積 (m ²)	設 備 の 概 要					
食堂	室面積 (m ²)	設 備 の 概 要					

浴室	室面積 (㎡)		設 備 の 概 要			
その他の施設	施設名	設置場所	面積 (㎡)	施設名	設置場所	面積 (㎡)
	看護師勤務室			職員用浴室		
	事務室			待合室		
	院長室					
消火機械器具	建物別	階別	種 類			
			□消火栓□スプリンクラー□消火器□その他 ()			
			□消火栓□スプリンクラー□消火器□その他 ()			
			□消火栓□スプリンクラー□消火器□その他 ()			

備考

- 1 「階段数及び構造」の欄は、2階以上に病室がある場合のみ記入してください。
- 2 「処置室」の欄は、専用の処置室を設置した場合のみ記入してください。
- 3 次に掲げる書類を添付してください。
 - (1) 開設者、管理者、医師、歯科医師及び助産師免許証の写し
 - (2) 管理者の履歴書
 - (3) 病床の設置が許可されている場合は、その許可証の写し
 - (4) 敷地の平面図、敷地周囲の見取図及び各室の用途を明示した建物の平面図
(病床が設置されている場合は、その旨を明示したもの)