

診療所開設許可申請書

年 月 日

いわき市長 様

住所 (所在地)

申請者 氏名 (名称及び代表者氏名)

㊟

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							
開 設 予 定 年 月 日		年 月 日					
診 療 科 目							
開 設 の 目 的							
維 持 の 方 法							
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 <sup>2</sup> )		
	造 階建						
	造 階建						
	建築面積	m <sup>2</sup>	延べ建築面積	m <sup>2</sup>	敷地面積	m <sup>2</sup>	
	建物の一部を使用する場合		造階	室	階建ての建物中面積	m <sup>2</sup>	

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	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				
						<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 (㎡)		歯科治療室名		室 面 積 (㎡)			
歯科技工室	室面積 (㎡)	構 造 設 備				防じん設備			

臨 床 検 査 施 設	名 称		室 面 積 (m <sup>2</sup> )		設 備 等					
調 剤 所	室 面 積 (m <sup>2</sup> )		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 <sup>2</sup> )	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 <sup>2</sup>	構造設備					
			室面積	m <sup>2</sup>	構造設備					
	新生児入浴施設		室面積	m <sup>2</sup>	構造設備					
消 毒 施 設	室面積 (m <sup>2</sup> )		構 造				消毒方法及び設備			
洗 濯 施 設	室面積 (m <sup>2</sup> )		構 造				洗 濯 設 備			
エ ッ ク ス 線 装	固定又は 携帯の別		用 途			製作者名	形式	台数 (台)	定格出力 の管電圧 (k V p)	
	<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							

置	<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 <sup>2</sup> )	室内の構造		操作室面積 (m <sup>2</sup> )	暗室		
					面積 (m <sup>2</sup> )	設備	
給食施設	調理室面積 (m <sup>2</sup> )	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	配せん室
						<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 <sup>2</sup> )	設備の概要					
談話室	室面積 (m <sup>2</sup> )	設備の概要					
食堂	室面積 (m <sup>2</sup> )	設備の概要					
浴室	室面積 (m <sup>2</sup> )	設備の概要					
その他の施設	施設名	設置場所	面積 (m <sup>2</sup> )	施設名	設置場所	面積 (m <sup>2</sup> )	
	看護師勤務室			職員用浴室			

設	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 ( )			
			□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) 開設者が法人の場合は、定款、寄附行為又は条例
  - (2) 病床の設置が許可されている場合は、その許可証の写し
  - (3) 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)