(個人開設)

**診療所開設届**

令和　　　年　　　月　　　日

神戸市保健所長　あて

開設者住所

開設者氏名

次のとおり診療所を開設したので届けます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ | 診療所に関する事項 | ふりがな |  |
| 名　　　　称 |  |
| 所在地 | 　　　　　　　　　　　　　　　　℡（　　　　　　）　　　　　－ |
| 診療日・診療時間○診療日／休診日 | 診　療　時　間 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 備考 |
| 午前 | ～ |  |  |  |  |  |  |  |
| 午後 | ～ |  |  |  |  |  |  |  |
| 診療科目 |  |
| 病室の有無 | 有（　　　　　　床）　　　　　　無 |
| ２ | 管理者に関する事項 | 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | 開設年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |

**９－１・１/６**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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・管理・勤務している病院または診療所 | 名称所在地 |  |

**９－１・**２/６

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ８ | 建物の構造設備の概要※診療所の設備について**全て**記載してください | 主要建物の構造　　　　　　　　　造　　　階建（内診療所部分　　　階） |
| 階　　　㎡、　　階　　　㎡、　　階　　　㎡　　　合計　　　　　　㎡ |
| 用　　　途 | 面　　積（㎡） | 構　造　概　要 | 設備・器具他 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 設備構造上の参考事項 |  |
| X線装置の概要※□エックス線装置なし | 用　　途 | メーカー | 型　式 | 定格出力 | 備　　考 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**※エックス線装置のある場合は「診療用エックス線装置備付届」を同時に提出のこと。　　９－１・３/６**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ８　建物の構造の概要（病室等）建物の構造の概要　病室他 | 階 | 室番号 | 床面積㎡ | 採光面積㎡ | 開放面積㎡ | 病床数 | 1床あたりの床面積㎡ | 備　考（病床種別） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 階 | 階段 | 廊下 |
| 幅 | 蹴上（高さ） | 踏面(奥行き) | 手すり | 幅 | 手すり |
|  | 　　　　m | 　　　　　cm | 　　　　cm | 有・無 |  m | 有・無 |
|  | 　　　　m | 　　　　　cm | 　　　　cm | 有・無 |  m | 有・無 |
|  | 　　　　m | 　　　　　cm | 　　　　cm | 有・無 |  m | 有・無 |
| ※面積及び廊下、階段については実測値を記入のこと。床面積は固定した棚などは含めず、内法で記載すること。面積は小数点第2位まで記載すること（第3位切り捨て）。 |
| ９ | 敷地面積 | ㎡ |
| 　敷地平面図　（別紙添付可）1. 一戸建ての場合は、敷地内での診療所の配置が分かる敷地平面図
2. テナントビルに入居の場合は、入居フロアー全体の平面図（敷地面積については、診療所の面積）
 |

**９－１・４/６**

|  |  |
| --- | --- |
| 10 | 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） |
| 11 | 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 |

**９－１・５/６**

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。

**９－１・**６/６

（個人開設）

**診療所開設届について**

 医師・歯科医師が自ら診療所を開設したときは、開設後１０日以内に『診療所開設届』を提出してくだ

 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）

１．記入上の注意

　　　⑴開設者住所・氏名　　　　必ず開設者個人について記入してください。

　　　⑵名　　称　　　　　　　　診療所の名称は、原則、姓を冠した名称でお願いします。

　　　⑶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。

　　　⑷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。

　　　⑸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。

　　　⑹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

　　　⑺敷地平面図　　　　　　　別紙添付可

　　　　敷地周辺の見取図

(8)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。

※開設した診療所について、『○年○月○日　△△クリニック

開設・管理者就任（または勤務）』等記入してください。

２．エックス線装置

　・**エックス線装置を有する場合は別途「診療用エックス線装置備付届」を同時に提出してください。**

３．その他

　　　次の場合は別途申請が必要です。

　　　　①入院施設を有する場合 『診療所建物使用許可申請書』

　　　　②開設者自らが診療所を管理できない場合 『診療所管理免除許可申請書』

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（許可要件あり）

　　　　③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）

　　　　④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）

**９－１（説明）**

下記一覧の面積を足したもの

（合計）と一致していること

（記入例）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ８建物の構造の概要 |  | 主要建物の構造　鉄筋コンクリート造　３ 階建　（内診療所部分　２ 階） |
| 建物の構造設備の概要 | 　２ 階　１９０ ㎡　　　　　階　　　　㎡　　　　　階　　　㎡　　　合計　１９０ ㎡ |
| 用途・室名 | 面積（㎡） | 構造概要 | 主な設備･器具 |
| 診　察　室 | 　 １０．２５ | 床　フローリング壁　ビニールクロス天井　化粧石膏ボード照明　蛍光灯４０Ｗ | 診察用ベッド、机、椅子 |
| 待　合　室 | 　 ２０．００ | 〃 | 椅子 |
| Ｘ　線　室 | ８．５０ | 床　Ｐタイル貼　壁　ビニールクロス　天井　化粧石膏ボード証明　６０Ｗ | エックス線装置 |
| 操　作　室 | 　　 １．５０ | 〃 | 操作盤、パソコン |
| 検　査　室 | 　　 ５．００ | 〃 | 心電図、ベッド |
| 便　　所 |  ３．２０ | 床　フローリング壁　ビニールクロス天井　化粧石膏ボード照明　蛍光灯４０Ｗ |  |
| 従業員更衣室 | ○○ |  |  |
| 院 長 室 | ○○ |  |  |
| ○○ | ○○ |  |  |
| その他（廊下等） | 　１０．５０ |  |  |
|  | 合計　１９０㎡ |  |  |
|  | 構造設備上の参考事項 |  |
| Ⅹ線装置の概要**「診療用エックス線装置備付届」を同時に提出のこと** | 用　途 | メ－カ－名 | 型　式 | 定格出力 | 備　考 |
| 胸部Ｘ線撮影 | 神戸（株） | 12345 | １５０Ｋｖ |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**９－１(記入例)**