（別冊）

**病院様式添付書類**

**許可事項・認可事項**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 部数 | 添付書類 | 留意点等 |
| 病院建物使用許可 |  | ※区役所窓口において、現金（実地検査：43,000円、自主検査：8,500円）を徴収する。  　なお、自主検査の場合は、自主検査申請書を添付  （添付書類）  ・許可部分を明示した平面図  ・他法令に基づく検査済証等の写し（建築基準法の規定による確認済証の写し、エレベータ許可、消防関連許可等）  ・エックス線診療室の漏洩線量測定結果  ・ＭＲＩ使用室の磁場遮蔽測定結果  ・確保済医療従事者の名簿、勤務表、免許証（写し）、勤務体制が分かる書類 | 病　様式11 |

※部数には医療機関の控え分を含む。

病　様式１１

**病院建物使用許可申請**

令和　　年　　月　　日

神戸市保健所長　あて

開設者住所

領収印

実地検査 43,000円

自主検査 8,500円

（法人にあっては主たる事務所の所在地）

（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

電 話 －　 － （担当：　　　）

次のとおり病院建物を使用したいので、医療法第２７条の規定に基づき申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ |  |  |
| ２ | 病院の所在地 | 〒　　　－  TEL　　　　－　　　　－　　　　　　FAX　　　　－　　　　－ |
| ３ | 許可種別  （該当に○印） | １　病院建物の構造設備・平面図変更許可  ２　病院開設許可 |
| ４ | 許可年月日・番号 | 令和　　年　　月　　日／神医第　　　－　　　号  令和　　年　　月　　日／神医第　　　－　　　号  令和　　年　　月　　日／神医第　　　－　　　号  ※一部使用許可の場合  令和　　年　　月　　日／神医第　　　－　　　号  令和　　年　　月　　日／神医第　　　－　　　号　　のうち  別添図面の朱線で囲んだ部分別添図面の朱線で囲んだ部分 |
| ５ | 使用開始予定  年月日 | 令和　　年　　月　　日 |

注）１　提出部数は、病院の所在地の保健センター（各区役所内）へ４部提出すること。

２　病院検査手数料は、神戸市手数料条例に基づき、区役所窓口において現金を徴収する。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病院検査手数料 | 実地検査を行う場合 | ４３，０００円 |
| その他（自主検査） | ８，５００円 |

３　兵庫県医療機能情報システムに掲載している情報が変更される場合は、許可後速やかに医療機能情報の変更入力をすること。

（添付書類）

１　使用許可を受けようとする階の平面図を添付し、当該箇所を朱線で枠囲みし明示すること。

　　２　エックス線診療室については、使用許可を受けようとする階の平面図を添付し、当該箇所を朱線で枠囲みし、更に管理区域について朱波線で枠囲みし明示すること。また、管理区域を朱線、上下階を朱破線で枠囲みし明示した平面図及び線量当量測定結果を添付すること。

３　高エネルギー放射線発生装置の新規設置時及び構造設備の変更を伴う機器の変更で使用許可を要する場合、高周波利用設備許可証（総務省近畿総合通信局）の写しを添付すること。

４　ＭＲＩ（磁気共鳴画像装置）の新規設置時及び構造設備の変更を伴う機器の変更で使用許可を要する場合、添付書類として、磁気強度分布図（５ガウスライン識別表示）、高周波利用設備許可証（総務省近畿総合通信局）の写し、漏洩磁場測定結果の写しを添付すること。

５　必要に応じ、建築確認検査済証等他法令等に基づく検査済証を添付すること。

（その他参考添付資料）

　　　病院開設、増床の場合、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（栄養士）のそれぞれ確保済みの常勤、非常勤（常勤換算）の人数及び医師・歯科医師・看護師・薬剤師の勤務体制を一覧表にして提出すること。また、医療従事者名簿、免許証の写し（原本照合は不要）を添付すること。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ６  Ｘ  線  装  置 | （ 変 更 後 ） | | | | | | |
| 用途 | メーカー | | 型式 | 定格出力 | | 備考 |
|  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |
| ※ 障害防止・予防等の措置を示す資料（遮蔽計算書、エックス線診療室詳細図面等）を添付するこ  　　と  ※ 変更後のエックス線装置の一覧を別紙に記載すること | | | | | | |
| ７  諸  施  設  の  構  造  概  要 | （ 変 更 後 一 覧 ） | | | | | | |
| 用途・室名・番号 | 変更の種別 | 主な  設備・器具 | | | 備考（診療放射線室、手術室について構造概要（壁・床・天井材質等）を記載） | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |

病室一覧（変更後）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ８  入  院  施  設 | 病棟名  ・階数 | 図面上の室名 | 内法床面積 | 採光面積 | 開放面積 | 病床数 | 一床あたりの床面積 | 備考  （病床種別） |
| (㎡) | (㎡) | (㎡) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 | 室 |  | (1/7) | (1/20) |  |  |  |

注）１　使用許可を受けようとする階の病棟部分とし、当該項目を朱線で囲み込むこと。

２　床面積は、内法で測定し、面積は小数点第２位まで記載すること。（第３位切り捨て）

　　　３　採光面積について、採光補正係数を用い採光有効面積を算定する場合、備考欄に補正後の数値を部屋毎に記載すること。

　　　４　開放面積について、機械換気による場合は、備考欄にその旨を部屋毎に記載すること。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ９　　療養病床に係る関係施設の構造設備 | 施設名 | 図面上の室名 | 床面積（内法）（m2） | 設備概要（主な機器・器具） | | |
| 機能訓練室 |  |  |  | | |
| 食　　　堂 |  |  |  | | |
| 浴　　　室 |  |  | （浴槽の概要） | | |
| 談話室 | 専　用　・　食堂との共用 | | 床面積 |  | m2 |

廊下幅等

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 廊下 | 幅（ｍ） | | 手すりの有無 | | 備考 |
| （種別・階数）  中廊下 | （変更前） | （変更後） | （変更前） | （変更後） |  |
| 片廊下 |  |  |  |  |  |

注）１　種別（中廊下・片廊下）、階数ごとに分け、規格の同じものを同一欄に記入する。

　　２　幅：手すりを含め、内法による測定で記入すること。ただし、経過措置による場合は、手すりを除き、内法による測定で記入すること。

（別紙）

変更後のエックス線装置の一覧

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| エックス線装置の製作者名及び型式 | | | | | | |
| 室　名  （保管場所） | 製作者名 | 型　　式 | 定格出力 | 管球 | 用　　途 | 固定･移動･携帯の別 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

注）１　エックス線装置全体の概略が分かるように記入すること。

２　型式には高圧発生器の名称を記載すること。