(法人等開設)

**診療所建物構造設備・平面図変更許可申請書**

令和　　　年　　　月　　　日

神戸市保健所長　あて

　　　　　 〒

開設者住所

（法人にあっては主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　 開設者氏名

（法人にあっては名称及び代表者の職氏名）

次のとおり診療所建物の構造設備・平面図変更をしたいので、医療法第７条第２項の規定に基づき申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | ふりがな |  | | | | |
| 診療所の名称 |  | | | | |
| ２ | 診療所の所在地 | 〒  　℡　（　　　　　　）　　　　　　　－ | | | | |
| ３ | 変更の種別  ※該当するもの全てに○印を付すること | 1.取壊・増築（診療所の延床面積の増減）  2.改築（工事を伴う変更）  3.用途変更（工事を伴わない、室の用途のみの変更）  4.機器入替（室の用途は変更せず、機器や装置等を入替えるもの） | | | | |
| ４ | 延べ床面積  ※診療所全体で記載し、増減がなければ変更前のみ記載すること。 | 区　　分 | | 変更前  (a) | 変更面積  ※取り壊し・増築に伴う増減（b） | 変更後  (a±b) |
| 延床面積（㎡） | |  |  |  |
| ５ | 変更建物の構造設備・平面図 | | 別紙のとおり（変更前後） | | | |
| ６ | 変更の理由 |  | | | | |
| ７ | 変更予定年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | |

注１）医師または歯科医師以外の者が開設する診療所において、増改築等により建物の構造設備・平面図を変更しようとするときに提出してください。

注２）敷地面積の変更を伴う場合は、診療所敷地面積平面図変更許可申請を同時に提出してください。

注３）変更建物の構造設備・平面図は変更前後について作成し、変更部分を赤で囲ってください。

注４）提出部数･････３部（診療所控を１部含む）　　　提出先・・・・･保健センター（各区役所内）

**２・**１/２

　　□をチェックしてください。

|  |  |
| --- | --- |
| ８  Ⅹ線装置 | □エックス線装置なし  □エックス線装置あり  □変更なし  □変更あり　（別紙１、２、３　を提出のこと）  添付書類  ○診療所の敷地図　（診療所の境界及び隣接する建物が分かる平面図）  ○診療所の図面  ○エックス線室詳細図　変更後・変更前（平面図、立面図）  ○遮蔽計算書 |
| ９  諸施  設の構造概要 | □構造設備変更なし  □構造設備変更あり  □エックス線室の構造設備の変更なし（**別紙４**を提出のこと）  添付書類  ○診療所の敷地図　（診療所の境界及び隣接する建物が分かる平面図）  ○診療所の図面　変更後・変更前（変更の内容が分かるもの）  □エックス線室の構造設備の変更あり　（**別紙１、２、３、４**を提出のこと）  添付書類  ○診療所の敷地図　（診療所の境界及び隣接する建物が分かる平面図）  ○診療所の図面　変更後・変更前（変更の内容が分かるもの）  　 　　 ○エックス線室詳細図　変更後・変更前（平面図、立面図）  ○遮蔽計算書  **【注意】**構造設備の変更は用途変更を含む。なお、エックス線室が倉庫等になる場合は、  別紙２、別紙３、エックス線室詳細図及び遮蔽計算書は不要です。 |
| 10  入院施  設の構造概要 | □入院施設なし  □入院施設あり  □変更なし  □変更あり　（**別紙５**　及び必要があれば別紙４を提出のこと）  添付書類  ○診療所の敷地図　（診療所の境界及び隣接する建物が分かる平面図）  ○診療所の図面　変更後・変更前（変更の内容が分かるもの）  【注意】病床数の変更を伴う場合、別途、許可又は届出が必要です。 |

**２・**２/２

**別紙１**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| エックス線装置の製作者名及び形式　（　変更前・変更後について記載のこと） | | | | |
| 診療室名 | 製作者名 | 型式 | 定格出力 | 用途 |
| 変更前 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 変更後 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※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。なお、個々の装置の追加、変更があった場合についても、**装置全体を記入すること**。変更した装置を赤（変更前青）で囲むこと。

※エックス線診療室内に複数のエックス線装置を備え付けた場合、装置毎に届出が必要である。なお、この場合エックス線装置の使用条件等を具体的に記載し、2台以上の装置から患者に同時照射できないようにする装置を設けること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 放射線診療に従事する医師、歯科医師、診療放射線技師又は  診療エックス線技師の氏名及びエックス線診療に関する経歴 | | |
| 職　　種 | 氏　　名　（生年月日） | 経　　歴 |
|  |  |  |

注）経歴の欄は、免許の種類、免許取得年月日、免許証の番号を記入すること。

（第1種放射線取扱主任者、放射線管理士等を取得している場合はその旨を記載すること）

**２**（別紙１）

**別紙２**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診療用エックス線装置に関する事項 | | |
| 製作者名 | |  |
| 型式（製造年月） | | （平成・令和　　　年　　　月） |
| 定格出力 | 整流方式   * 単相全波 * 三相全波 * ｲﾝﾊﾞｰﾀｰ | 連　続　　　　　　ＫＶ　　　　　　　　ｍＡ  短時間　　　　　　ＫＶ　　　　　　　　ｍＡ　　　　　　　Sec |
| 蓄 電 式 | ＫＶ　　　　　　　　μＦ |
| 用 途 | | □直接撮影　□断層撮影　□ＣＴ　□胸部集検用間接撮影　□口腔内撮影用　□歯科用ﾊﾟﾉﾗﾏ　□骨塩定量分析　□透視用　□乳房撮影□その他（　　　　　　　　　）□移動用（直接、透視） |
| 薬機法による承認番号 | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| エックス線診療室のエックス線障害防止に関する構造設備の概要 | | | | | | | | | | |
| エックス線診療室の名称 | | | |  | | | | 診療室の標識 | | 有　・　無 |
| 診療室の防護の概要 |  | | 構　造 | | | 材　料 | | | 厚　さ | |
| 天井 | |  | | | ｺﾝｸﾘｰﾄ・その他（　　　 　　） | | | cm　　 　mmpb | |
| 床 | |  | | | ｺﾝｸﾘｰﾄ・その他（　　　 　　） | | | cm　　 　mmpb | |
| 周囲の画壁等 | 東 |  | | | ｺﾝｸﾘｰﾄ・その他（　　　 　　） | | | cm　　 　mmpb | |
| 西 |  | | | ｺﾝｸﾘｰﾄ・その他（　　　 　　） | | | cm　　 　mmpb | |
| 南 |  | | | ｺﾝｸﾘｰﾄ・その他（　　　 　　） | | | cm　　 　mmpb | |
| 北 |  | | | ｺﾝｸﾘｰﾄ・その他（　　　 　　） | | | cm　　 　mmpb | |
| 監視用窓 |  | | | ｺﾝｸﾘｰﾄ・その他（　　　 　　） | | | cm　　 　mmpb | |
| 出入り口の扉 | |  | | | ｺﾝｸﾘｰﾄ・その他（　　　 　　） | | | cm　　 　mmpb | |
| その他の開口部 | |  | | | ｺﾝｸﾘｰﾄ・その他（　　　 　　） | | | cm　　 　mmpb | |
| 使用中の表示 | | | | | | | 有 ・ 無 | | | |
| 画壁外側の実効線量が1mSv/週以下となる措置 | | | | | | | 有 ・ 無 | | | |
| 診療用放射線照射装置の（器具）の使用 | | | | | | | 有 ・ 無 | | | |
| 操 作 室 の 有 無 | | | | | 有 ・ 無　　（操作する場所は撮影室と画壁等で区分が必要） | | | | | |
| 操作場所をエックス線診療室に設ける場合（該当する使用事項があればチェックすること）  理　由  □乳房撮影又は近接透視撮影等で患者の近傍で撮影  □使用時において１ｍ離れた場所における線量が６μSv/ｈ以下となる構造の骨塩分析用装置  □使用時において機械表面の線量が６μSv/ｈ以下となる構造の輸血用血液照射装置  □組織内照射治療を行う場合  □歯科用デンタルで１週間につき1000mA/秒以下で撮影  防護処置の概要 | | | | | | | | | | |

**２**（別紙２）

**別紙３**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| エックス線診療室のエックス線障害防止に関する予防措置の概要 | | | | | |
| 使用時間の記帳の必要 | | | 有　　　・　　　　無 | | |
| 放射線障害の防止に必要な注意事項の掲示 | | 患者用 | 有　　　・　　　　無 | | |
| 従事者用 | 有　　　・　　　　無 | | |
| 管理区域 | 管理区域を設ける場所 | | 別添図面のとおり | | |
| 境界における実行線量が1.3mSv/3月以下となる措置 | | 有　　　・　　　　無 | | |
| 管理区域の標識 | | 有　　　・　　　　無 | | |
| 立入制限措置 | | 有　　　・　　　　無 | | |
| 敷地内居住区域及び敷地の境界における  実効線量が250μSv/3月以下となる措置 | | | 有　　　・　　　　無 | | |
| 入院患者（診療により被ばくする放射線を除く）  の実行線量が1.3mSv/3月以下となる措置 | | | 有　　　・　　　　無 | | |
| 放射線障害が発生するおそれのある場所の測定 | | | 有　　　・　　　　無 | | |
| 従事者の被ばく防止用器具 | | | 有 | 防護エプロン  その他 | 無 |
| 個人被ばく線量で不均等被ばくの可能性 | | | 有　　　・　　　　無 | | |
| 使用場所の制限（該当する使用事項があればチェックすること）  □エックス線診療室で診療用放射線照射装置、照射器具の使用  エックス線診療室以外で使用する場合  □特別の理由により移動して使用  　□在宅医療においてエックス線装置を使用  　□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による体外照射の位置決定  　□診療用放射線照射装置又は照射器具を患者の体内に挿入すべき部位の決定  　□診療用放射性同位元素を投与した患者の画像診断の精度向上のため、ＣＴ装置の吸収補正  　□診療用放射性同位元素を投与した患者の核医学画像との重ね合わせのためのＣＴ装置  　□移動用ＣＴを手術室で使用  　□移動型透視用エックス線装置の使用（使用用途にチェックすること）  　　　□術中、術後に手術室で使用  　　　□ＣＴアンギオグラフィーで使用  　　　□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・器具による治療の位置決定  　□陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室で使用（陽電子―ＣＴ複合装置）  移動型及び携帯型エックス線装置を備えた場合のエックス線装置保管場所  　・保管場所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　・保管場所の施錠（　　有　　・　　　無　　　）  エックス線装置をエックス線診療室以外の場所で使用する場合の適切な防護の方法  　・防護措置の概要 | | | | | |

**２**（別紙３）

**別紙４**

諸施設の構造概要　（　変更前　・　変更後　）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ９  諸施  設の構造概要 | 主要建物の構造 | 造　　　階建（内診療所部分　　　階） | | | | |
| 延床面積 | 階　　 ㎡、　階 　　㎡、　階 　　㎡　　計　　　　㎡ | | | | |
| 用途･室名 | 面積　㎡ | 変更の種　別 | 構造概要 | | 設備・器具等 |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
| 構造設備上の参考事項 |  | | | | |

* 変更前、変更後について作成してください。診療所の全ての室（用途）を記載し、変更したところを赤枠（変更前青枠）で囲んでください。
* 変更の種別は、２・1/2の項目３の種別番号を記載してください。

※変更する用途・室については、構造概要、設備・器具を記入してください。

**２**（別紙４）

**別紙５**

入院施設等の構造概要　（　変更前　・　変更後　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 10  入院施設等の概要 | 階 | 室番号 | 床面積  ㎡ | | 採光面積  ㎡ （\*1/7） | | 開放面  ㎡ (\*1/20) | | 病床数 | | 1床あたりの床面積 | | 備　考  （病床種別） |
|  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 計 | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | 階　段 | | | | | | | | 廊　下 | | | |
| 階 | 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 | |

* 変更前、変更後について作成してください。診療所の全ての病室を記載し、変更した病室を赤枠（変更前青枠）で囲んでください。

※　面積、及び廊下、階段については実測値を記入してください。

**２**(別紙５)

**診療所建物構造設備・平面図変更許可申請書につい**て

１．　項目８・９・１０は変更の有無にチェックを入れ、変更のある場合は、別紙に記載し、図面等必要書類を添付してください。

　　　エックス線室の構造の変更がある場合（エックス線装置の変更の有無に係わらず）は、別紙１～４が必要です。

２．病室の変更に伴い、他の構造･設備も変更する場合は、別紙４、別紙５とも提出してください。

３．別紙２・３については、変更するエックス線室（エックス線装置の変更のみの場合も）について記載してください。複数のエックス線室の変更がある場合は、室ごとに作成してください。

４．**添付書類**

①診療所の敷地図　（診療所の境界及び隣接する建物が分かるもの）

②診療所の平面図　変更後・変更前（各室の室名・構造が確認できるもの）

* 変更部分を変更後は赤で、変更前は青で囲んでください。

（エックス線装置の変更のみの場合は、現状の図面のみで可）

　③管理区域の上下階の平面図（現状）

④エックス線室詳細図　変更後・変更前（平面図、立面図）

・**装置の設置位置及び操作盤の位置を明示**してください。

・使用中の表示、管理区域、患者注意書、従事者注意書の掲示位置を明示してください。

・診療所以外であっても、隣室名等（上下階についても）を記載してください。

⑤遮蔽計算書及び計算図

・敷地の境界は250μＳｖ/3ヶ月が限度であることに注意してください。また、エックス線装置を追加し、1室に２台以上の装置を設置する場合、すでに設置されている装置の遮へい計算書も必要です。既設装置と追加装置の計算結果の合計が基準値以下である必要があります。

* ③～⑤については、エックス線室の構造、装置のいずれも変更しない場合は不要です。

参考：変更許可後の手続

* 有床の場合「診療所使用許可申請書」を提出し使用許可を得る。

（エックス線装置の変更のみの場合は、自主検査可能：様式２２で申請）

* エックス線装置・室の変更の場合、変更後「変更届（エックス線装置等：様式２５）」を提出。ただし、エックス線装置を初めて設置の場合は「エックス線装置備付届（様式２４）」、すべて廃止する場合は「廃止届（様式２６）」となる。

**２(説明)**