**診療所開設届**

　　年　　月　　日

（あて先）

　一宮市保健所長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開設者 | 住　　所 |  |
|  | 氏　　名 |  |
|  | 電話番号 |  |

　次のとおり診療所を開設しました。

１　名称等

|  |  |
| --- | --- |
| 診療所の名称 |  |
| 開設の場所 |  |
| 診療科名 |  |
| 開設年月日 | 年　　　月　　　日 |

２　開設者が次の事項に該当するときは、その施設の名称及び開設の場所

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 名称 | 開設の場所 |
| 現在他に病院又は診療所を開設しているとき。 |  |  |
| 現在他の病院又は診療所を管理しているとき。 |  |  |
| 現在他の病院又は診療所に勤務しているとき。 |  |  |

３　従業者の定員

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医師 | 歯科医師 | 薬剤師 | 看護師 | 准看護師 | 助産師 | 栄養士 | 診療放射線技師 | 診療エックス線技師 | 臨床検査技師 | 衛生検査技師 |
| 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 理学療法士 | 作業療法士 | 視能訓練士 | 歯科衛生士 | 歯科技工士 | 看護補助者 | 介護職員 | 厨房職員 | 事務職員 | その他 | 計 |
| 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |

　※　診療所を運営するために必要となる従業員の数（最小数）を記入すること。

４　敷地の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 面積 |  |
| 平面図 | 別添のとおり。（方位・縮尺を明記すること。） |
| 周囲の見取図 |

５　建物の構造概要（附属建物を含む。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 建物（棟）別 | 構造概要 | 建物延べ床面積 | 診療所延べ床面積 |
|  | 　　造　　　　階建 |  |  |
|  | 　　造　　　　階建 |  |  |
|  | 　　造　　　　階建 |  |  |
| 計 |  |  |  |
|  |
| 平面図 | 別添のとおり。（方位・縮尺・各室の名称・用途・面積（病室については、病床種別、室番号及び病床数）等を明記すること。） |
| 配置図 | 別添のとおり。（方位・縮尺を明記すること。） |

６　歯科技工室

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 室面積 | 構造設備の概要 | 防塵設備の概要 |
|  |  |  |

７　病室を有するときは、各室の病床数等

|  |  |
| --- | --- |
| 　総病室病床数 | 室　　　　　　床 |
| 階数 | 病床種別 | 室番号 | 病床数 | 床面積 | 患者１人当たりの床面積 | 採光面積 | 直接外気※開放面積 | 階数 | 病床種別 | 室番号 | 病床数 | 床面積 | 患者１人当たりの床面積 | 採光面積 | 直接外気※開放面積 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　※　機械換気設備により換気する場合は、その旨を記入すること。

８　以下の施設の有無

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 冷暗所又は電気冷蔵庫 | 有・無 | エックス線装置使用室 | 有・無 | 消火用機械器具 | 有・無 |
| 手術室 | 有・無 | 臨床検査室 | 有・無 | 調剤所 | 有・無 |
| エックス線装置 | 有・無 | 給食施設 | 有・無 |  |  |

９　管理者

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |

10　診療に従事する医師又は歯科医師

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医師又は歯科医師の別 | 氏名 | 担当診療科名 | 診療日 | 診療時間 | 他に勤務する場合は、その施設の名称 | 備考 |
|  | （管理者） |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

11　勤務する薬剤師

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 勤務する日 | 勤務時間 | 他に勤務する場合は、その施設の名称 | 備考 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |