

無床診療所開設の手引き

高崎市保健所

目 次

・ 開設にあたって	・・・・・・・・・・	1 ページ
・ 構造設備基準	・・・・・・・・・・	2 ページ
・ 診療所、歯科診療所開設手続きの準備と流れ	・・・・・・・・・・	5 ページ
・ 留意事項	・・・・・・・・・・	7 ページ
・ 変更する場合の手続き	・・・・・・・・・・	12 ページ
・ 申請届出様式	・・・・・・・・・・	13 ページ
・ 各種申請届出様式集	(14 ～ 68 ページ)	

■ 開設にあたって

1 診療所・歯科診療所の名称

- (1) 診療所、歯科診療所の名称は、広告の一環としてその使用が制限されています。
診療所、歯科診療所として広告できる事項については、医療広告ガイドラインを参照してください。
- (2) 診療所、歯科診療所の名称には、病院と区別するため、「診療所」「クリニック」「医院」等を名称につけることが望ましいとされています。
- (3) 診療所、歯科診療所の名称として認められていないもの
(下記以外にも保険診療を行う場合には、社会保険で規制されている事項もありますので、あらかじめ関東信越厚生局群馬事務所に相談してください。)

○ 不適切な診療科名を含むとして認められないもの（医療広告ガイドラインに規定）
＜例＞ ○○インプラントセンター、○○アンチエイジングクリニック、○○乳腺科クリニック（ただし、乳腺外科クリニック等は可）

○ 病院と紛らわしい名称
＜例＞ ○○病院分院、○○中央外科、○○総合内科

○ 優位性、優秀性を示す名称
＜例＞ 理想的○○診療所、最強○○クリニック

○ 実態に反する名称
＜例＞ 佐藤という医師が開設、診療する診療所に「高橋医院」という名称を付すようなこと。
研究所の附属機関でないのに○○研究所附属○○診療所と付すこと。
※医療法人の場合は、定款（寄附行為）に記載された診療所の名称になります。

2 標榜診療科名・広告

診療所、歯科診療所における広告可能事項及び標榜できる診療科名は、医療広告ガイドラインによって決められています。

詳しくは医療広告ガイドラインをご覧ください。医療広告ガイドラインは、下記アドレスよりダウンロードできます。



<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/kokokukisei/dl/shishin.pdf>

3 院内掲示義務

診療所内の入口、受付又は待合室付近の患者の見やすい場所に次に掲げる事項を掲示してください。（医療法第14条の2）

- ① 管理者の氏名
- ② 診療に従事する医師、歯科医師の氏名
- ③ 医師、歯科医師の診療日及び診療時間

例)

管理者氏名 ○○ ○○

診療日時及び診療に従事する医師名（歯科医師名）

9：00～12：00 15：00～18：00

月、火 内科 担当医○○○○ 小児科 担当医△△△△

水、金 小児科 担当医□□□□ 内科 担当医○○○○

土 内科 担当医○○○○ 休 診

※ 木、日、祝日 休診

4 医療機能情報提供制度

医療機関の管理者は、市民の医療機関の適切な選択を支援するために、医療機能に関する情報を都道府県知事に報告するとともに、その情報を医療機関内で閲覧できるようにすることが義務付けられています。（医療法第6条の3）

報告した内容については、「群馬県医療・薬局機能情報提供システム」（インターネットWebシステム）にて公表されています。



<http://www.medinfo.pref.gunma.jp/>

■ 構造設備基準

設置する場合には必ず基準を満たさなければなりません。（規：医療法施行規則）

【区画構造の一体性】

- ア. 診療所、歯科診療所は、他の施設と機能的かつ物理的に区画されていること。
- ・診療所を居宅内に開設する場合、診療所と居宅の出入口が別があり、廊下等を共有することなく明確に区画すること。
 - ・ビル内に診療所がある場合、ビルの階段・廊下等と明確に区画すること。

イ. 医療機関の各施設は、原則として構造の一体性を保つこと。

- ・道路をはさんでの構造は認められない。
- ・雑居ビル等の数階にわたって開設される場合、医療施設の専用経路（専用階段、専用エレベータ等）を確保すること。

ウ. 原則として、各室が独立していること。また、各室の用途が明示されていること。

【待合室】

- ・診察室と待合室の区画は、患者のプライバシー保護等に配慮し、扉が望ましい。

【診察室】

- ・1室で多くの診療科を担当することは好ましくない。
- ・小児科については、単独の診察室を設けることが望ましい。
- ・他の室（診察室含む）と明確に区画されていること。診察室が他の室への通路となるような構造でないこと。
- ・患者のプライバシー保護に努めること。
- ・診察室は、医師1人につき一室が望ましい。
- ・給水設備があることが望ましい。

【処置室】

- ・診察室と処置室を兼用する場合には、処置室として使用する部分をカーテン等で区画することが望ましい。
- ・給水設備があることが望ましい。

【薬の保管】

（調剤所を設ける場合）

- ・採光、換気を十分にし、かつ清潔を保つこと。
- ・冷暗所（又は電子冷蔵庫）を設けること。
- ・感量10mgのてんびん及び500mgの上皿てんびんその他調剤に必要な器具を備えること。（規第16条第1項第14号）
- ・鍵のかかる貯蔵設備を設けること。
- ・調剤所と他の室との間には、隔壁を設けること。

（調剤所を設けない場合）

- ・診療所、歯科診療所内に鍵のかかる貯蔵設備を設けること。

【歯科治療室】

- ・他の室と明確に区画されていること。他の室への通路となるような構造でないこと。

【歯科技工室を設ける場合】

（その診療所の患者のために歯科技工が行われる場合に限る）

- ・防塵設備その他必要な設備を設けること。（規第16条第1項第13号）
※ 必要な設備とは、防火設備、消火用機械・器具等である。

- 十分な採光、換気装置、ダストコレクター（集塵機、卓上型も可）の設置、作業台やその他歯科技工に必要な器具機械を備えること。
- 給水設備を設けること。ただし、水を必要としない歯科技工を行うときはこの限りでない。
- 石膏阻集器を設置すること。

【歯科技工室を設けない場合】

- 歯科を行う場合、診療所内に石膏阻集器を設置すること。

【エックス線装置及び診療室】

- エックス線診療室の室内には、エックス線装置を操作する場所を設けないこと
(規第30条の4第2号)
- ※ エックス線診療室の室外で装置を操作できれば、操作室を設ける必要はない。
- エックス線診療室である旨を示す標識を付すること。(規第30条の4第3号)
- 管理区域である旨を示す標識を付け、管理区域内に人がみだりに立ち入らないような措置を講じること。
(規第30条の16)
- エックス線装置を使用しているときは、エックス線診療室の出入口にその旨を表示すること。
(規第30条の20第2項第1号)
- 移動式ポータブル装置の場合には、保管場所に鍵がかかる設備を用意すること。
なお、診察室などで大半を使用する場合、エックス線診療室が必要である。
- 防護用エプロン、取扱者の被ばく測定器具を準備すること。
※「診療用エックス線装置を設置する場合」のページも参照してください。

【その他】

- 診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気またはガスに関する構造設備については、危害防止上必要な方法を講ずること。(規第16条第1項第1号)
- 暖房設備は、診察室、処置室、病室、エックス線室、分娩室及び新生児の入浴施設にできる限り設置すること。
- 廃棄物の処理にあたっては、廃棄物処理法の規定を遵守すること。
- 寝具類の洗濯を外部に委託する場合は、厚生省健康政策局指導課長通知によること。(平成5年2月15日付指第14号及び平成6年9月1日付指第59号)
- 給水設備については、水道法の規定を遵守すること。

■ 診療所、歯科診療所開設手続きの準備と流れ

1 医師・歯科医師（個人）が4月1日に保険診療開始を行うと仮定した場合の目安

- | | |
|--------------------------------|------------------------------------|
| ① 必要に応じて事前相談 | |
| ② 建物の建築確認 | 建設する場合は高崎市建築指導課にて
※ 事前に施設照合を要する |
| ③ 土地建物の賃貸借契約 | 土地建物を借用する場合は賃貸借契約を
済ませること |
| ④ 開設届の提出 | 2月下旬 |
| ⑤ 関東甲信越厚生局群馬事務所へ
保険医療機関指定申請 | 3月15日頃（厚生局群馬事務所要確認） |
| ⑥ 保険診療開始 | 4月1日 |

2 開設者変更（個人→個人）の場合

医師・歯科医師が個人で開設している施設を移転（保険指定の遡及対象）する場合

- | | |
|--------------------------------|------------------------------------|
| ① 事前相談によりスケジュール及び書類確認 | |
| ② 建物の建築確認 | 建設する場合は高崎市建築指導課にて
※ 事前に施設照合を要する |
| ③ 土地建物の賃貸借契約 | 土地建物を借用する場合は賃貸借契約を
済ませること |
| ④ 開設届の提出（新診療所） | 4月1日 |
| ⑤ 廃止届の提出（旧診療所） | 4月1日 |
| ⑥ 関東甲信越厚生局群馬事務所へ
保険医療機関指定申請 | 4月15日頃（厚生局群馬事務所要確認） |
| ⑦ 保険診療開始 | 4月1日（指定は4月1日に遡及可） |

3 開設者変更（個人→医療法人）もしくは医療法人が開設している施設の移転を行い、 4月1日に保険診療を開始（保険指定の遡及対象）すると仮定した場合の目安

- | | |
|---------------------|------------------------------------|
| ① 群馬県、高崎市保健所へ事前相談 | 11月上旬 |
| ② 群馬県へ法人設立認可申請（仮申請） | 12月上旬 |
| 移転の場合、定款一部変更許可申請 | 1月下旬 |
| ③ 建物の建築確認 | 建設する場合は高崎市建築指導課にて
※ 事前に施設照合を要する |
| ④ 土地建物の賃貸借契約 | 土地建物を借用する場合は賃貸借契約を
済ませること |
| ⑤ 群馬県へ法人設立認可申請（本申請） | 1月上旬（ただし、法人設立の場合、審議会の |
| ⑥ 法人認可 | 3月中旬 開催日程により、認可が遅れる可能 |
| 定款一部変更許可 | 2月中旬 性があるので、事前に確認要する） |

- | | |
|--------------------------------|---------------------|
| ⑦ 法務局にて法人登記 | 3月中旬 |
| ⑧ 開設許可申請の提出（新診療所） | 3月中旬 |
| ⑨ 開設許可 | 3月下旬 |
| ⑩ 開設後届の提出（4月1日開設） | 4月上旬（開設後10日以内） |
| ⑪ 廃止届の提出（旧診療所） | 4月上旬（廃止後10日以内） |
| ⑫ 関東甲信越厚生局群馬事務所へ
保険医療機関指定申請 | 4月15日頃（厚生局群馬事務所要確認） |
| ⑬ 保険診療開始 | 4月1日（指定は4月1日に遡及可） |

4 医師・歯科医師（個人）がインフルエンザワクチンの集団的接種等の目的で医療機関以外の場所で1日診療所を開設する場合の目安

※ このことにより2以上の医療機関の管理者を兼任する場合は、2箇所管理に係る許可が必要です。

- | | |
|---|---|
| ① 1日診療の依頼者側（企業や団体）
との打ち合わせ、診療申し込みと
承諾の手続き | （参考：P68「施設使用承諾書」あり）
<u>余裕をもって事前に不明な点は相談を</u> |
| ② 診療する医師が医療機関の管理者
の場合は、2以上の管理許可申請
書の提出 | 開設（診療）を予定する約14日前 |
| ③ ②の場合の許可 | 開設前（診療）までに |
| ④ 開設届の提出 | 診療後10日以内 |
| ⑤ 廃止届の提出 | 廃止後10日以内 |

5 医療法人がインフルエンザワクチンの集団的接種等の目的で医療機関以外の場所で1日診療所を開設する場合の目安

※ 医療法人の定款を変更する場合は、その変更により1ヵ月程度要することがあります。

※ このことにより2以上の医療機関の管理者を兼任する場合は、2箇所管理に係る許可が必要です。

- | | |
|---|---|
| ① 1日診療の依頼者側（企業や団体）
との打ち合わせ、診療申し込みと
承諾の手続き | （参考：P68「施設使用承諾書」あり）
<u>余裕をもって事前に不明な点は相談を</u> |
|---|---|

- | | |
|--|------------------|
| ② 診療する医師が医療機関の管理者
の場合は、2以上の管理許可申請
書の提出 | 開設（診療）を予定する約14日前 |
| ③ ②の場合の許可 | 開設（診療）前までに |
| ④ 開設許可申請の提出 | 開設（診療）を予定する約14日前 |
| ⑤ 開設許可 | 開設前（診療）までに |
| ⑥ 開設後届の提出 | 診療後10日以内 |
| ⑦ 廃止届の提出 | 廃止後10日以内 |

※ 関東信越厚生局群馬事務所へ保険医療機関指定申請を行う際に開設届を添付する必要がある場合は、1部複製して控え分を用意し、開設手続きの際にお持ちください。
（高崎市保健所の受領印を押印した控え分をお返しいたします。）

※ 後に変更手続きが発生した場合に手続き状況を確認するために必要となりますので、届出書類の控えを管理者が保管しておくことをおすすめしています。

■ 留意事項

1 医師、歯科医師が個人で開設する場合の管理者の要件

- ▼ 開設者は管理者であること。 （医療法第12条第1項）
開設者が他の者を管理者とすることは、特殊な場合を除き認められない。
（開設者が他の者を管理者とする場合には、許可申請をする必要がある。）
- ▼ 管理者は、他の診療所等の管理者でないこと。 （医療法第12条第2項）
管理者が別の診療所、歯科診療所の管理者になる場合、特殊な場合を除き認められない。（開設者が別の診療所、歯科診療所の管理者になる場合、二箇所（以上）管理許可申請をする必要がある。）
- ▼ 管理者は、臨床研修を修了し、臨床研修修了登録を済ませている者であること。
ただし、以下の条件に該当する場合には、臨床研修を修了していなくても管理者となることができる。 （医療法第10条第1項）
 - ・ 医籍登録が平成16年3月31日以前の場合
 - ・ 歯科医籍登録が平成18年3月31日以前の場合
- ▼ 医業及び歯科医業を併せて行う診療所における管理者は（医療法第10条第2項）
主として医業を行う場合：管理者は医師
主として歯科医業を行う場合：管理者は歯科医師

▼ 管理者の責務について

管理者は診療所の管理責任があり、常勤である必要がある。

2 医師、歯科医師以外の者が開設する場合（法人等）の開設者と管理者の要件
（開設者の要件）

▼ 法人が開設する場合、営利を目的とする者でないこと。

営利を目的として診療所、歯科診療所を開設しようとする者には、許可を与えないことができる。（医療法第7条第5項）

＜法人が開設できる場合の例＞

- ・医療法人
- ・社会福祉法人→介護老人福祉施設等の医務室として診療所を開設する場合
- ・医療生活協同組合等
- ・株式会社→自社職員の福利厚生のために開設する場合
- ・行政

（管理者の要件）

▼ 医療法人が開設する診療所、歯科診療所の管理者は、医療法人の理事になっていること。

▼ 管理者は、他の診療所等の管理者でないこと。

管理者が別の診療所、歯科診療所の管理者になる場合、特殊な場合を除き認められない。（開設者が別の診療所、歯科診療所の管理者になる場合、二箇所（以上）管理許可申請をする必要がある。）（医療法第12条第2項）

▼ 管理者は、臨床研修を修了し、臨床研修修了登録を済ませている者であること。
ただし、以下の条件に該当する場合には、臨床研修を修了していなくても管理者となることができる。（医療法第10条第1項）

- ・医籍登録が平成16年3月31日以前の場合
- ・歯科医籍登録が平成18年3月31日以前の場合

▼ 医業及び歯科医業を併せて行う診療所における管理者（医療法第10条第2項）

主として医業を行う場合：管理者は医師

主として歯科医業を行う場合：管理者は歯科医師

▼ 管理者の責務について

管理者は診療所の管理責任があり、常勤である必要がある。

3 診療用エックス線装置を設置する場合

エックス線装置を設置する場合は、高崎市保健所に届出が必要です。

診療用エックス線装置を搭載した車両をリースする等、賃貸人から一時的に借用し、自らの施設としてエックス線装置を使用する場合も同様です。このとき、車両運転手の他に技術者として診療放射線技師が同行するケースがあります。照射業務を指示すると放射線業務の請負や労働者派遣が疑われます。放射線業務は診療その

ものであり、業務請負は認められていません。また、診療放射線技師の業務は、労働者派遣法で定められているとおり、紹介予定派遣又は産休育休の代替でない限り労働者の派遣ができない職種であることから、照射を行う等の放射線業務（診療）に従事させないように注意すること。

医師自ら照射するか、放射線業務に従事するために雇用した診療放射線技師が照射しなければなりません。
(労働者派遣法第4条第1項第3号)

※ 放射線業務の請負とされた場合、本来、雇用関係になく、指揮命令を行える関係にない医師が従業者に対して照射を指示することになります。契約形態上、医師が直接照射を指示することができませんので、偽装請負とならないように留意すること。体制整備にあたり、請負契約、派遣契約を採用しないこと。

(構造設備基準)

▼ エックス線診療室

- ・エックス線診療室の室内には、エックス線装置を操作する場所を設けないこと。
(規第30条の4第2号)
- ・壁、天井、床、扉、窓等で区画すること。遮へい材は必ずしも鉛でなくてもよい。
- ・換気扇、空調、または電気ケーブルの穴等、区画ができない部分には、漏えいを防ぐ処置がなされる必要がある。

▼ エックス線診療室にかかわる表示（必要な注意事項の例示）

- ・エックス線診療室である旨の表示をすること。
(規第30条の4第3号)
- ・管理区域である旨を示す標識を付け、管理区域内に人がみだりに立ち入らないような措置を講じること。
(規第30条の16)
- ・エックス線診療室の目につきやすい場所に、放射線障害の防止に必要な注意事項（患者向け、従事者向け）を掲示すること。
(規第30条の13)

① 患者向け注意事項（撮影室の廊下等に掲示）

エックス線検査を受けられる方へ

- 1 指示があるまで入室しないでください。
- 2 機械器具には手を触れないでください。
- 3 介助等で立ち入る場合は技師の指示に従ってください。
- 4 妊娠またはその疑いがある方は事前に医師または技師に申し出てください。
- 5 わからないこと等は医師または技師にお尋ねください。

② 放射線診療従事者向け注意事項（操作室内等に掲示）

放射線取扱従事者心得

- 1 個人被ばく線量測定器を必ず着用し作業すること。
- 2 エックス線を人体に照射する時は必要最小限にとどめる等被ばく防止の措置を講ずること。
- 3 エックス線照射中は「使用中」のランプを点灯し、無用のものは撮影室内へ立ち入らせないこと。
- 4 エックス線照射中に撮影室内で作業をするものは防護衣を着用するなど被ばく防護措置を講ずること。
- 5 エックス線室、エックス線装置、器具等は定期的に点検整備し、また、規定に基づき漏えい線量の測定を行い記録すること。
- 6 健康診断は規定に基づき定期的に受診すること。

- ・エックス線装置を使用しているときは、エックス線診療室の出入口にその旨を表示すること。（規第30条の20第2項第1号）

※ なお、電源と連動して点灯する表示灯の設置が望ましい。

▼ 操作する場所（適切に操作する場所があれば、操作室として設ける必要はない。）

- ・エックス線診療室内には、エックス線装置を操作する場所を設けないこと。（規第30条の4第2号）
- ・衛生上、防火上及び保安上安全と認められるようなものであること。（法第20条）

▼ 暗室

- ・劇薬指定の薬品を使う室であるため、操作、換気等に十分に配慮した構造が望ましい。

▼ 被ばく防止対策

- ・防護用エプロン、取扱者の被ばく測定器具（フィルムバッチ、ガラスバッチ、ルクセルバッチ、電子線量計等）を準備すること。

■ 変更する場合の手続き

1 許可及び届出事項に変更がある場合の必要な手続き

(1) 医療法人等による法人開設の診療所が手続する場合

変更事項	手 続 き				備 考
	提出書類	部数	厚生局用	時期	
開設の目的 維持の方法	開設許可 事項一部 変更許可 申請書 (様式3号)	1部	—	事前	・医療法人が開設の目的を 変更する場合は、事前に 定款変更の手続きが必要 です
従業者の定員		1部	—		・各従事者の変更につい ては、手続き不要です
敷地の面積及び平面図		1部	—		・敷地の新旧平面図を添付 すること ・登記事項証明書を添付す ること ・賃貸借の場合は、賃貸借 契約書を添付すること
建物の構造概要及び平面図 (各部屋の用途変更を含む)		1部	—		・各部屋の用途・面積を記 載した新旧平面図を添付 すること ・建築確認を要する場合は、 建築確認済証を添付する こと
歯科技工室の構造設備の概要		1部	—		・歯科診療所の場合のみ
開設法人の名称、所在地	開設許可 事項一部 変更届 (様式8号)	1部	1部※	変更後 10日以内	・開設主体の変更の場合は、 廃止・新規開設の手続き が必要です ・医療法人の場合は、事前 に定款変更の手続きが必要 です
診療所の名称		1部	1部※		・医療法人の場合は、事前 に定款変更の手続きが必要 です
診療科目		1部	1部※		・麻酔科を標榜する場合は、 「麻酔科標榜許可書」の 写しを添付すること
開設法人の定款、寄附行為		1部	—		・医療法人の場合は、事前 に定款変更の手続きが必要 です ・変更前後の定款等新旧対 照表を添付すること
管理者の氏名、住所	開設後届 出事項一 部変更届 (様式8号)	1部	1部※		・医師免許証の写し、臨床 研修修了登録証の写し及 び履歴書を添付すること ・医療法人の場合は、管理 者の理事就任が必須です

※ 群馬県医療・薬局機能情報提供システムの掲載事項を変更する必要があります。医
療法第6条の3第2項の規定に基づき、速やかに変更手続きを行ってください。

※ 印は、関東信越厚生局群馬事務所に対して保険診療に係る手続きが必要ですので、
1部複製して計2部をご用意ください。

(2) 医師、歯科医師による個人開設の診療所が手続きする場合

変更事項	手 続 き				備 考
	提出書類	部数	厚生局用	時期	
従業者の定員	開設届出 事項一部 変更届 (様式8号)	1部	—	変更後 10日以内	
敷地の面積及び平面図		1部	—		- 敷地の新旧平面図を添付すること - 登記事項証明書を添付すること - 賃貸借の場合は、賃貸借契約書を添付すること
建物の構造概要及び平面図 (各部屋の用途変更を含む)		1部	—		- 各部屋の用途・面積を記載した新旧平面図を添付すること - 建築確認を要する場合は、建築確認済証を添付すること
医師、歯科医師の氏名、担当診療科目、診療日、診療時間		1部	—		資格免許証の写し及び履歴書を添付すること
薬剤師の氏名		1部	—		資格免許証の写し及び履歴書を添付すること
他施設の開設等の状況		1部	—		
歯科技工室の構造設備の概要		1部	—		歯科診療所の場合のみ
開設者の氏名、住所		1部	1部※		開設主体の変更の場合は、廃止・新規開設の手続きが必要です
診療所の名称		1部	1部※		
管理者の氏名、住所		1部	1部※		医師免許証の写し、臨床研修修了登録証の写し及び履歴書を添付すること
診療科目		1部	1部※		麻酔科を標榜する場合は、「麻酔科標榜許可書」の写しを添付すること

※ 群馬県医療・薬局機能情報提供システムの掲載事項を変更する必要があります。医療法第6条の3第2項の規定に基づき、速やかに変更手続きを行ってください。

※ 印は、関東信越厚生局群馬事務所に対して保険診療に係る手続きが必要ですので、1部複製して計2部をご用意ください。

※ 後に変更手続きが発生した場合に手続き状況を確認するために必要となりますので、届出書類の控えを管理者が保管しておくことをおすすめしています。

2 放射線装置の増設、変更、廃止した場合の必要な手続き

(1) 放射線装置を増設、変更、廃止する場合

変更事項	手 続 き			備 考
	提出書類	部数	時期	
設 置	診療用エックス線装置 設置届（様式18号）	1部	設置後 10日以内	・エックス線撮影室の平面図、側面図 及び線量測定結果報告書を添付する こと
変 更 （更新含む）	診療用エックス線装置 変更届（様式28号）	1部	変更後 10日以内	・エックス線撮影室の新旧平面図、新 旧側面図及び線量測定結果報告書を 添付すること
廃 止	診療用エックス線装置 廃止届（様式29号）	1部	廃止後 10日以内	・エックス線撮影室の廃止前後の平面 図及び側面図を添付すること

※ 診療用エックス線装置の更新を行った場合は、変更として取り扱ってください。

■ 申請届出様式

1 様式の入手方法

高崎市保健所保健医療総務課の窓口で届出書等を配布しているのに加え、下記のURLからインターネットダウンロードを利用して届出書様式（電子ファイル）を提供しています。

ぜひ、高崎市が提供する電子サービス（申請書ダウンロード・電子申請）をご利用ください。

高崎市電子申請メニュー（ぐんま電子申請受付システム）

<http://www.shinsei.elg-front.jp/gunma/navi/govTop.do?govCode=10202>



「キーワード／条件」に“診療所”と入力して検索してください。

様式第 1 号（第 2 条関係）

（その 1）

診療所開設許可申請書

年 月 日

（宛先）高崎市長

開設者

住所

氏名 ㊞

（法人にあつては、主たる事務所の所在地、
名称及び代表者職氏名）

医療法第 7 条第 1 項の規定により、診療所の開設許可を下記のとおり申請します。

記

I 許可申請事項

1 名称

--

2 開設の場所

〒	電話（ ）	—
---	-------	---

3 診療科目

--

4 開設の目的及び維持の方法

開設の目的	
維持の方法	

(その2)

5 管理者

住所				
氏名				
免許等	医（歯科医）籍 登録年月日	年 月 日	登録番号	
	臨床研修修了 登録年月日	年 月 日	登録番号	
現在管理者として就任している他の医療機関			(有 ・ 無)	
有の場合	医療機関名称			
	所在地			

注 有の場合は、医療法第12条第2項に基づく許可を受けてください。

6 従業者定員

従業者	定員
医師	
歯科医師	
薬剤師	
看護師	
助産師	
看護補助者	
栄養士	()
診療放射線技師	
臨床検査技師	
理学療法士	
作業療法士	

従業者	定員
言語聴覚士	
精神保健福祉士	
義肢装具士	
視能訓練士	
臨床工学技士	
歯科衛生士	
歯科技工士	
調理員	
事務員	
その他	
合計	

注 1) 准看護師、診療エックス線技師及び衛生検査技師は、それぞれ看護師、診療放射線技師及び臨床検査技師の欄に計上してください。
2) 栄養士欄の()には、管理栄養士に係る員数を再掲してください。
3) 定員は、常勤職員の数に非常勤職員の数をその勤務時間に応じて常勤職員数に換算した数(1未満にあつては1、1以上にあつては小数点以下を切り捨てた数)を加えた値を記載してください。

7 敷地面積及び敷地条件

敷地面積	. m ²	敷地条件	
------	------------------	------	--

注 1) 敷地面積は、小数点以下第2位まで記載してください。
2) 敷地条件は、都市計画法上の都市計画区域、地域地区の設定を受けている場合の当該区域等を記載してください。

(その3)

8 建物の構造概要

(1) 構造概要

建物名	建築構造	耐火構造等	建築面積	建築延面積	階数
	鉄筋コンクリート造 鉄骨造 木造その他	耐火構造 準耐火構造 防火構造その他	m ² .	m ² .	(地上) 階 (地下) 階 (昇降機塔) 階
	鉄筋コンクリート造 鉄骨造 木造その他	耐火構造 準耐火構造 防火構造その他	m ² .	m ² .	(地上) 階 (地下) 階 (昇降機塔) 階

- 注 1) 建物(棟)ごとに記載してください。
2) 建築構造欄及び耐火構造等欄は、該当するものを○で囲んでください。
3) 建築面積及び建築延面積は、建築基準法に基づく面積を小数点以下第2位まで記載してください。
4) 記載欄が不足する場合は、別紙に記載してください。

(2) 構造等内訳

建物名	階	用途	病床数	床面積 (m ²)

- 注 1) 室を単位として記載してください。
2) 用途欄は、病室(315号室)、診察室(内科)、処置室(外科)、食堂(談話室兼用)、便所(身体障害者用)、廊下等具体的に記載してください。
3) 病床数欄は、室の用途が病室の場合のみ記載してください。
4) 床面積欄は、室の用途が病室、機能訓練室、食堂等医療法施行規則に面積基準の定めのある場合にあっては内法により測定した面積を、それ以外の場合にあっては壁芯により測定した面積を記載してください。
5) 床面積は、小数点以下第2位まで記載してください。

(その4)

(3) 施設の有無及び構造設備の概要

ア エックス線装置 (有 ・ 無)

1	製作者名			
	型式・製造年月	: 年 月 製造		
	医療用具承認番号			
	連続 定格出力 短時間 蓄放式	k V k V k V	mA mA μ F	s e c
	エックス線管の数			
	用途	一般撮影・透視・C T・()		
	使用室	診療室・手術室・移動型・()		
2	製作者名			
	型式・製造年月	: 年 月 製造		
	医療用具承認番号			
	連続 定格出力 短時間 蓄放式	k V k V k V	mA mA μ F	s e c
	エックス線管の数			
	用途	一般撮影・透視・C T・()		
	使用室	診療室・手術室・移動型・()		
3	製作者名			
	型式・製造年月	: 年 月 製造		
	医療用具承認番号			
	連続 定格出力 短時間 蓄放式	k V k V k V	mA mA μ F	s e c
	エックス線管の数			
	用途	一般撮影・透視・C T・()		
	使用室	診療室・手術室・移動型・()		
4	製作者名			
	型式・製造年月	: 年 月 製造		
	医療用具承認番号			
	連続 定格出力 短時間 蓄放式	k V k V k V	mA mA μ F	s e c
	エックス線管の数			
	用途	一般撮影・透視・C T・()		
	使用室	診療室・手術室・移動型・()		

イ 歯科技工室 (有 ・ 無)

主たる設備 及び器具等	
その他	・防じん設備 (有 ・ 無) ・防火設備 (有 ・ 無)

(その5)

9 病床数（病床種別病床数、各病室の病床数及び定床別病床数）

(1) 病床種別病床数 (床)

区分	療養	一般	計
病床数			

注 病床数又は床面積に関して経過措置の適用を受けるものの病床数を（ ）書で再掲してください。

(2) 各病室の病床数

建物名	階	病床種別	病室名	病床数	床面積 (㎡)	1人当たり 床面積 (㎡)

注 床面積は、内法により測定した面積を小数点以下第2位まで記載してください。

(3) 定床別病床数

定床区分	療養	一般	区分計	病床数
1 床 室	室	室	室	床
2 床 室	室	室	室	床
3 床 室	室	室	室	床
床 室	室	室	室	床
床 室	室	室	室	床
計	室	室	室	床

10 開設予定年月日

年	月	日
---	---	---

(その6)

Ⅱ 付記事項

1 従業者名簿

職種	氏名	免許		就職年 月日	常勤・非 常勤の別	1週間の 勤務時間	常勤換 算数
		登録年月日	登録番号				

- 注 1) 申請時点において、雇用が決定又は内定している従業者について記載してください。
2) 免許欄は、免許の必要な職種についてのみ記載してください。
3) 記載欄が不足する場合は、別紙に記載してください。
4) 常勤換算数は、職種ごとに小計を記載してください。

2 事務担当者連絡先

担当者職・氏名	
連絡先電話番号	

(その7)

3 添付書類一覧

(1) 敷地周囲の見取図

住宅地図等開設地付近の状況が分かるもの

(2) 敷地平面図（求積図）

敷地面積の求積図（Ⅰの7の敷地面積の根拠となるもの）

(3) 敷地平面図（建物配置図）

敷地の形状と建築物の位置関係が分かるもの

(4) 建物平面図（原則縮尺200分の1）

ア 各部屋の用途ごとに部屋の名称、面積、寸法等を記載してください。

イ 病室は、各部屋ごとの病床数及び病床種別（療養又は一般）を記載してください。

ウ 各廊下ごとの最狭部の廊下幅を記載してください。

エ 病室の面積、廊下幅等で経過措置の適用を受ける場合は、当該経過措置適用部分を明示してください。

オ 介護施設、個人住宅等と兼用の場合は、診療所の範囲を明示してください。

(5) 建物立面図

(6) エックス線診療室等の防護図（原則縮尺50分の1）

放射線管理区域を朱書で明示するとともに、立面図を添付してください。

(7) 定款、寄附行為又は条例（開設者が法人の場合）

(8) 不動産を正當に使用する権限を証する書類

不動産登記事項証明書（土地及び建物）、不動産賃貸借契約書の写し等及び公図の写し

(9) 建築確認済証等

様式第3号（第3条関係）
（その1）

診療所開設許可事項一部変更許可申請書

年 月 日

（宛先）高崎市長

開設者

住所

氏名 ㊞

（法人にあつては、主たる事務所の所在地、
名称及び代表者職氏名）

医療法第7条第2項の規定により、診療所開設許可事項の一部変更許可を下記のとおり
申請します。

記

I 診療所の概要

1 名称

2 所在地

〒 電話（ ） —

3 開設許可に係る年月日及び番号

年 月 日（ 指令 第 号）

4 診療科目

5 管理者

住所				
氏名				
免許等	医（歯科医）籍 登録年月日	年 月 日	登録番号	
	臨床研修修了 登録年月日	年 月 日	登録番号	

(その2)

II 変更概要

変更事項 (該当の項目の□を ■で示すこと。)	☐ 開設の目的及び維持の方法 ☐ 従業者定員 ☐ 敷地の面積及び平面図 ☐ 建物の構造概要及び平面図 ☐ 病床数、病床の種別ごとの病床数及び各病室の病床数
変更事項の 具体的内容	
変更理由	
変更予定年月日	年 月 日

III 事務担当者連絡先

担当者職・氏名	
連絡先電話番号	

(その3)

添付書類一覧（下記以外にも必要な書類の提出を求める場合があります。）

変更事項	添付書類	備考
開設の目的及び維持の方法	別紙1	開設者が臨床研修修了医師又は臨床研修修了歯科医師以外の者であるときのみ
従業者定員	別紙2	
	病床種別1日平均入院及び外来患者数（参考様式）	
	従業者名簿（参考様式）	
敷地の面積及び平面図	別紙3	
	配置図（変更前及び変更後）	朱書等により変更部分を明示してください。
	登記事項証明書	拡張部分のみ
	賃貸借契約書	拡張部分のみ（賃貸借の場合に限る。）
建物の構造概要及び平面図	別紙4	
	平面図（変更前及び変更後）	・原則として縮尺200分の1以上のもの ・朱書等により変更部分を明示してください。 ・変更に係る各室の用途、寸法及び床面積を記載してください。 ・病室は、各部屋ごとの病床数及び病床種別を記載してください。 ・各廊下ごとの最狭部の廊下幅を記載してください。 ・病室の面積、廊下幅等で経過措置の適用を受ける場合は、当該経過措置適用部分を明示してください。 ・介護施設、個人住宅等と兼用の場合は、診療所の範囲を明示してください。
	エックス線診療室等に係る放射線防護図（平面図及び立面図）	・縮尺50分の1以上のもの ・エックス線装置及びエックス線診療室等に係る変更の場合のみ
	建築確認済証	建築確認を要する場合のみ
	登記事項証明書	既存の建物を新たに診療所とする場合のみ
病床数、病床の種別ごとの病床数及び各病室の病床数	別紙5	
	平面図（変更前及び変更後）	・原則として縮尺200分の1以上のもの ・朱書等により変更部分を明示してください。 ・変更に係る各室の用途、寸法及び床面積を記載してください。 ・各部屋ごとの病床数及び病床種別を記載してください。 ・病室の面積、廊下幅等で経過措置の適用を受ける場合は、当該経過措置適用部分を明示してください。
	病床種別1日平均入院及び外来患者数（参考様式）	
	従業者名簿（参考様式）	増床の場合のみ

別紙 1

開設の目的及び維持の方法

開設の目的	(変更前)
	(変更後)
維持の方法	(変更前)
	(変更後)

従業者定員

(人)

職種		変更前	変更後	差引	現員
医師					
歯科医師					
薬剤師					
看護師					
その他	助産師				
	看護補助者				
	栄養士	()	()	()	()
	診療放射線技師				
	臨床検査技師				
	理学療法士				
	作業療法士				
	言語聴覚士				
	精神保健福祉士				
	義肢装具士				
	視能訓練士				
	臨床工学技士				
	歯科衛生士				
	歯科技工士				
	調理員				
	事務職員				
	その他				
計					

注 1) 准看護師、診療エックス線技師及び衛生検査技師は、それぞれ看護師、診療放射線技師及び臨床検査技師の欄に計上してください。

2) 栄養士欄の()には、管理栄養士に係る員数を再掲してください。

3) 定員及び現員のいずれについても、常勤職員の数に非常勤職員の数をその勤務時間に応じて常勤職員数に換算した数(1未満にあつては1、1以上にあつては小数点以下を切り捨てた数)を加えた値を記載してください。

なお、現員は、申請時点において現に従事する職員について記載してください。

別紙 3

敷地の面積及び平面図

敷地地番	面積（㎡）				変更理由
	変更前	変更内容		変更後	
		除外	編入		
計					

注 1) 医療機関が使用するすべての敷地について記載してください。

2) 面積は、小数点以下第2位まで記載してください。

【記載例】

【面積】

敷地地番	面積（㎡）				変更理由
	変更前	変更内容		変更後	
		除外	編入		
〇〇町 1－1	116.36			116.36	
1－2	50.02	50.02		0	売買による減少
1－3	36.95			36.95	
1－4			43.66	43.66	賃貸借による増加
計	203.33			196.97	

別紙 4

建物の構造概要及び平面図

1 構造概要

建物名	変更前				変更内容	変更後			
	構造	階数	建築面積 (㎡)	延床面積 (㎡)		構造	階数	建築面積 (㎡)	延床面積 (㎡)

- 注 1) 建物（棟）ごとに記載してください。
 2) 構造欄は、鉄筋コンクリート造（RC）、鉄骨造（S）、木造（W）その他の別を記載してください。
 3) 変更内容欄は、新築、増築、取壊し、除外その他の別を記載してください。
 4) 面積は、小数点以下第2位まで記載してください。

2 構造等変更内訳

建物名	階数	変更前			変更後		
		用途 (室名)	病床数	床面積 (㎡)	用途 (室名)	病床数	床面積 (㎡)

- 注 1) 室を単位として構造、形状、用途等に変更のある部分を記載してください。
 2) 用途欄は、病室（305号室）、診察室（内科）、処置室（外科）、食堂（談話室兼用）、便所（身体障害者用）、廊下等具体的に記載してください。
 3) 病床数欄は、室の用途が病室の場合のみ記載してください。
 4) 床面積欄は、室の用途が病室、機能訓練室、食堂等医療法施行規則に面積基準の定めのある場合にあっては内法により測定した面積を、それ以外の場合にあっては壁芯により測定した面積を記載してください。
 5) 面積は、小数点以下第2位まで記載してください。

3 施設の有無及び構造設備の概要

施設名	変更前		変更後	
	有無	構造設備の概要	有無	構造設備の概要
エックス線装置				
歯科技工室				

注 上記施設に関する変更（構造、設備、数、床面積等）がある場合に記載してください。

別紙 5

病床数、病床の種別ごとの病床数及び各病室の病床数

1 病床種別病床数 (床)

種別	療養	一般	計
変更前			
変更後			
差 引			

注 1) 病床数又は床面積に関して経過措置の適用を受けるものの病床数を () 書で再掲してください。

2) 療養病床以外の病床は、一般の欄に計上してください。

2 各病室の病床数 (変更箇所のみ)

ア 変更前

建物名	階	病床種別	病室名	病床数	床面積 (㎡)	
					内法	1人当たり

イ 変更後

建物名	階	病床種別	病室名	病床数	床面積 (㎡)	
					内法	1人当たり

注 1) 病床種別欄は、療養、一般の別を記載してください。

2) 床面積は、小数点以下第2位まで記載してください。

3 定床別病室数

定床区分	変更前		変更後	
	室数	病床数	室数	病床数
1床室				
2床室				
3床室				
床室				
計				

注 医療機関全体の状況について記載してください。

(参考様式)

変更事項が「従業者定員」又は「病床数、病床の種別ごとの病床数及び各病室の病床数(増床の場合のみ)」に該当する場合は、下記 1 及び 2 の項目を記載してください。

1 病床種別 1 日平均入院及び外来患者数 (前年度平均) (人)

区 分	療 養	一 般	計
入 院			
外 来			

注 療養病床以外の病床は、一般の欄に計上してください。

2 従業者名簿

職種	氏名	免許		就職年 月日	常勤・非 常勤の別	1 週間の 勤務時間	常勤換 算数
		登録年月日	登録番号				

- 注 1) 免許欄は、免許の必要な職種についてのみ記載してください。
2) 記載欄が不足する場合は、別紙に記載してください。
3) 常勤換算数は、職種ごとに小計を記載してください。

様式第 5 号（第 4 条関係）
（その 1）

（診療所・助産所）開設後届

年 月 日

（宛先）高崎市長

開設者
住所

氏名 ㊟

（法人にあつては、主たる事務所の所在地、
名称及び代表者職氏名）

医療法施行令第 4 条の 2 第 1 項の規定により、（診療所・助産所）の開設を下記のとおり
届け出ます。

記

I 届出事項【共通事項】

1 名称

--

2 所在地

〒	電話（ ） —
---	---------

3 開設許可に係る年月日及び番号

年 月 日（ 指令 第 号）

4 開設年月日

年 月 日

5 管理者

住所				
氏名				
免許等	医（歯科医）籍 登録年月日	年 月 日	登録番号	
	臨床研修修了 登録年月日	年 月 日	登録番号	

注 管理者は、他の医療機関の管理者でない者でなければなりません。ただし、許可を受けた場
合を除きます。

(その2)

Ⅱ 診療所届出事項

1 診療科目

--

2 診療に従事する医師又は歯科医師の氏名、担当診療科名等

氏名	担当診療科	免許		就職年月日	常勤・非常勤の別	1週間の診療日・診療時間	常勤換算数
		登録年月日	登録番号				

3 その他従業者名簿

職種	氏名	免許		就職年月日	常勤・非常勤の別	1週間の勤務日・勤務時間	常勤換算数
		登録年月日	登録番号				

- 注 1) 2に記載する医師又は歯科医師を除く従業者について記載してください。
2) 免許欄は、免許の必要な職種についてのみ記載してください。

(その3)

Ⅲ 助産所届出事項

1 嘱託医師等 (1) 又は (2) のいずれかに記載してください。

(1) 嘱託医師の住所及び氏名

住所	氏名	嘱託年月日	免許登録年月日	登録地・番号

(2) 嘱託医師の勤務する病院又は診療所の所在地及び名称

所在地	名称	嘱託年月日

2 嘱託医療機関の所在地及び名称

所在地	名称	嘱託年月日

3 業務に従事する助産師の氏名、勤務日、勤務時間等

氏名	免許		就職年月日	常勤・非常勤の別	1週間の勤務日・勤務時間	常勤換算数
	登録年月日	登録番号				

4 その他従業者名簿

職種	氏名	免許		就職年月日	常勤・非常勤の別	1週間の勤務日・勤務時間	常勤換算数
		登録年月日	登録番号				

注 1) 1及び3に記載する医師及び助産師を除く従業者について記載してください。
2) 免許欄は、免許の必要な職種についてのみ記載してください。

(その4)

添付書類一覧

診療所届出事項

(1) 管理者の免許証及び臨床研修修了登録証の写し

管理者が医師法第7条の2第1項の規定による厚生労働大臣の命令又は歯科医師法第7条の2第1項の規定による厚生労働大臣の命令を受けた者である場合には、再教育研修修了登録証の写しも添付してください。また、平成16年4月1日以前に医師免許を受けている者及び同日前に医師免許の申請を行った者であって同日以後に医師免許を受けたもの又は平成18年4月1日以前に歯科医師免許を受けている者及び同日前に歯科医師免許の申請を行った者であって同日以後に歯科医師免許を受けたものである場合には、免許証の写しを添付してください。

なお、原本を提示することにより、写しの添付を省略することができます。

(2) 管理者以外の医師、歯科医師その他従業者の免許証の写し

原本を提示することにより、写しの添付を省略することができます。

助産所届出事項

(1) 管理者の免許証の写し

原本を提示することにより、写しの添付を省略することができます。

(2) 嘱託医師及び嘱託医療機関との嘱託関係を証する書面

(3) 管理者以外の従業者の免許証の写し

原本を提示することにより、写しの添付を省略することができます。

様式第 6 号（第 5 条関係）

（その 1）

診療所開設届

年 月 日

（宛先）高崎市長

開設者

住所

氏名

㊞

医療法第 8 条の規定により、診療所の開設を下記のとおり届け出ます。

記

1 名称

2 開設の場所

〒 電話（ ） —

3 診療科目

4 開設年月日

年 月 日

5 開設者に係る病院又は診療所の開設等の状況

(1) 現に病院若しくは診療所を開設若しくは管理をし、又は病院若しくは診療所に勤務する者であるときの当該病院又は診療所の名称及び所在地	区分	開設 ・ 管理 ・ 勤務
	名称	
	所在地	
(2) 同時に 2 以上の病院又は診療所を開設しようとする者であるときの当該病院又は診療所の名称及び所在地	名称	
	所在地	

注 1) (1) の区分は、開設者による既存病院又は診療所の開設等の状況について、該当するものに○を付してください。また、(2) の名称及び所在地は、本件届出に係る診療所以外の病院又は診療所の名称及び所在地をそれぞれ記載してください。

2) 2 以上の病院又は診療所を管理しようとする者は、本件届出に係る診療所の開設前に、医療法第 12 条第 2 項の規定により 2 以上の病院又は診療所の管理許可を受けてください。

(その2)

6 管理者

住所				
氏名				
免許等	医（歯科医）籍 登録年月日	年 月 日	登録番号	
	臨床研修修了登 録年月日	年 月 日	登録番号	

7 従業者定員

従業者	定員	従業者	定員
医師		言語聴覚士	
歯科医師		精神保健福祉士	
薬剤師		義肢装具士	
看護師		視能訓練士	
助産師		臨床工学技士	
看護補助者		歯科衛生士	
栄養士	()	歯科技工士	
診療放射線技師		調理員	
臨床検査技師		事務員	
理学療法士		その他	
作業療法士		合計	

- 注 1) 准看護師、診療エックス線技師及び衛生検査技師は、それぞれ看護師、診療放射線技師及び臨床検査技師の欄に計上してください。
- 2) 栄養士欄の()には、管理栄養士に係る員数を再掲してください。
- 3) 定員は、常勤職員の数に非常勤職員の数をその勤務時間に応じて常勤職員数に換算した数（1未満にあっては1、1以上にあっては小数点以下を切り捨てた数）を加えた値を記載してください。

8 診療に従事する医師又は歯科医師の氏名、担当診療科名、診療日、診療時間等

氏名	担 当 診療科	免許		就職年 月 日	常勤・非 常勤の別	1 週間の 診療日・ 診療時間	常勤換 算数
		登録年月日	登録番号				

9 その他従業者名簿

職種	氏名	免許		就職年 月 日	常勤・非 常勤の別	1 週間の 勤務日・ 勤務時間	常勤換 算数
		登録年月日	登録番号				

- 注 1) 8に記載する医師及び歯科医師を除く従業者について記載してください。
- 2) 免許欄は、免許の必要な職種について記載してください。

(その3)

1 0 敷地面積及び敷地条件

敷地面積	.	m ²	敷地条件	
------	---	----------------	------	--

- 注 1) 敷地面積は、小数点以下第2位まで記載してください。
2) 敷地条件は、都市計画法上の都市計画区域、地域地区の設定を受けている場合の当該区域等を記載してください。

1 1 建物の構造概要

(1) 構造概要

建物名	建築構造	耐火構造等	建築面積	建築延面積	階数
	鉄筋コンクリート造 鉄骨造 木造その他	耐火構造 準耐火構造 防火構造その他	m ² .	m ² .	(地上) 階 (地下) 階 (昇降機塔) 階
	鉄筋コンクリート造 鉄骨造 木造その他	耐火構造 準耐火構造 防火構造その他	m ² .	m ² .	(地上) 階 (地下) 階 (昇降機塔) 階

- 注 1) 建物(棟)ごとに記載してください。
2) 建築構造欄及び耐火構造等欄は、該当するものを○で囲んでください。
3) 建築面積及び建築延面積は、建築基準法に基づく面積を小数点以下第2位まで記載してください。
4) 記載欄が不足する場合は、別紙に記載してください。

(2) 構造等内訳

建物名	階	用途	病床数	床面積 (m ²)

- 注 1) 室を単位として記載してください。
2) 用途欄は、病室(315号室)、診察室(内科)、処置室(外科)、食堂(談話室兼用)、便所(身体障害者用)、廊下等具体的に記載してください。
3) 病床数欄は、室の用途が病室の場合のみ記載してください。
4) 床面積欄は、室の用途が病室、機能訓練室、食堂等医療法施行規則に面積基準の定めのある場合にあっては内法により測定した面積を、それ以外の場合にあっては壁芯により測定した面積を記載してください。
5) 床面積は、小数点以下第2位まで記載してください。

(その4)

(3) エックス線装置及び歯科技工室の有無及び構造設備の概要

ア エックス線装置 (有 ・ 無)

1	製作者名			
	型式・製造年月	: 年 月 製造		
	医療用具承認番号			
	連続 定格出力 短時間 蓄放式	k V k V k V	m A m A μ F	s e c
	エックス線管の数			
	用途	一般撮影・透視・C T・()		
	使用室	診療室・手術室・移動型・()		
	2	製作者名		
型式・製造年月		: 年 月 製造		
医療用具承認番号				
連続 定格出力 短時間 蓄放式		k V k V k V	m A m A μ F	s e c
エックス線管の数				
用途		一般撮影・透視・C T・()		
使用室		診療室・手術室・移動型・()		
3		製作者名		
	型式・製造年月	: 年 月 製造		
	医療用具承認番号			
	連続 定格出力 短時間 蓄放式	k V k V k V	m A m A μ F	s e c
	エックス線管の数			
	用途	一般撮影・透視・C T・()		
	使用室	診療室・手術室・移動型・()		

注 本表に代えて診療用エックス線装置設置届(様式第18号)(その2)の表を添付することができます。

イ 歯科技工室 (有 ・ 無)

主たる設備 及び器具等	
その他	・防じん設備 (有 ・ 無) ・防火設備 (有 ・ 無)

(その5)

1 2 病床数(病床種別病床数、各病室の病床数及び定床別病床数)

(1) 病床種別病床数 (床)

種別	療養	一般	計
病床数			

注 病床数又は床面積に関して経過措置の適用を受けるものの病床数を()書で再掲してください。

(2) 各病室の病床数

建物名	階	病床種別	病室名	病床数	床面積 (㎡)	1人当たり 床面積 (㎡)

注 床面積は内法により測定した面積を小数点以下第2位まで記載してください。

(3) 定床別病床数

定床区分	療養	一般	区分計	病床数
1床室	室	室	室	床
2床室	室	室	室	床
床室	室	室	室	床
計	室	室	室	床

1 3 事務担当者連絡先

担当者職・氏名	
連絡先電話番号	

(その6)

1 4 添付書類一覧

(1) 敷地周囲の見取図

住宅地図等開設地付近の状況が分かるもの

(2) 敷地平面図 (求積図)

敷地面積の求積図 (10の敷地面積の根拠となるもの)

(3) 敷地平面図 (建物配置図)

敷地の形状と建築物の位置関係が分かるもの

(4) 建物平面図 (原則縮尺200分の1)

ア 各部屋の用途ごとに部屋の名称、面積、寸法等を記載してください。

イ 病室は、各部屋ごとの病床数及び病床種別 (療養又は一般) を記載してください。

ウ 各廊下ごとの最狭部の廊下幅を記載してください。

エ 病室の面積、廊下幅等で経過措置の適用を受ける場合は、当該経過措置適用部分を明示してください。

オ 介護施設、個人住宅等と兼用の場合は、診療所の範囲を明示してください。

(5) 建物立面図

(6) エックス線診療室等の防護図 (原則縮尺50分の1)

放射線管理区域を朱書で明示するとともに、立面図を添付してください。

(7) 不動産を正当に使用する権限を証する書類

不動産登記事項証明書 (土地及び建物) 及び不動産賃貸借契約書の写し等

(8) 建築確認済証等

(9) 管理者の免許証及び臨床研修修了登録証の写し

管理者が医師法第7条の2第1項の規定による厚生労働大臣の命令又は歯科医師法第7条の2第1項の規定による厚生労働大臣の命令を受けた者である場合には、再教育研修修了登録証の写しも添付してください。また、平成16年4月1日以前に医師免許を受けている者及び同日前に医師免許の申請を行った者であって同日以後に医師免許を受けたもの又は平成18年4月1日以前に歯科医師免許を受けている者及び同日前に歯科医師免許の申請を行った者であって同日以後に歯科医師免許を受けたものである場合には、免許証の写しを添付してください。

原本を提示することにより、写しの添付を省略することができます。

(10) 管理者以外の医師、歯科医師、その他従業者の免許証の写し

原本を提示することにより、写しの添付を省略することができます。

様式第 8 号（第 6 条関係）

（ 診療所・助産所 ）（ 開設・開設後 ）（ 届出・許可 ） 事項一部変更届

年 月 日

（宛先）高崎市長

開設者

住所

氏名

㊞

（法人にあつては、主たる事務所の所在地、
名称及び代表者職氏名）

医療法施行令第 4 条第 1 項若しくは第 3 項又は同令第 4 条の 2 第 2 項の規定により、（診療所・助産所）の開設（後）届出（許可）事項等の一部変更に関して、次のとおり届け出ます。

名 称		
所 在 地	〒 電話（ ） —	
変 更 事 項 ※該当する 事項の□ を■で示 すこと。	1 診療所・助産所（非個人）開設許可事項一部変更届（医療法施行令第 4 条第 1 項） □開設者の所在地・名称 □名称 □診療科目 □病床数（減床の場合に限る。） □定款・寄附行為・条例 2 診療所・助産所（非個人）開設後届出事項一部変更届（医療法施行令第 4 条の 2 第 2 項） □管理者の住所・氏名 □嘱託医療機関の所在地・名称 □助産所に係る嘱託医師の住所・氏名又は嘱託医師の勤務する病院若しくは診療所の所在地・名称 3 診療所・助産所（個人）開設届出事項一部変更届（医療法施行令第 4 条第 3 項） □開設者の住所・氏名 □名称 □診療科目 □開設者に係る他施設の開設等の状況 □従業者定員 □敷地の面積及び平面図 □建物の構造概要及び平面図 □病床数 □管理者の住所・氏名 □医師・歯科医師の氏名・担当診療科名・診療日・診療時間 □薬剤師の氏名 □助産師の氏名・勤務日・勤務時間 □嘱託医療機関の所在地・名称 □助産所に係る嘱託医師の住所・氏名又は嘱託医師の勤務する病院若しくは診療所の所在地・名称	
変更年月日	年 月 日	
変更の内容	変更前	変更後

添付書類

- 敷地、建物及び病床数に係る変更の場合は、変更前の平面図（変更部分を朱書等により明示したもの）及び変更後の平面図（変更内容を明示したもの）並びに構造設備の概要を示した書面
- 管理者の変更の場合は、新任者の免許証及び臨床研修修了登録証の写し並びに履歴書（前任者については、変更前の欄に転出先を明記してください。）
- 業務に従事する医師、歯科医師、助産師又は薬剤師の転出入に係る変更の場合は、新任者の免許証及び臨床研修修了登録証の写し（前任者については、変更前の欄に転出先を明記してください。）
- 嘱託医師若しくは嘱託医師の勤務する病院若しくは診療所又は嘱託医療機関を変更した場合は、嘱託した旨の書類

様式第 9 号（第 7 条関係）

（診療所・助産所）休（廃）止届

年 月 日

（宛先）高崎市長

開設者

住所

氏名 ㊟

（法人にあつては、主たる事務所の所在地、
名称及び代表者職氏名）

医療法第 8 条の 2 第 2 項（又は第 9 条第 1 項）の規定により、（診療所・助産所）の
休（廃）止に関して、次のとおり届け出ます。

名 称	
所 在 地	電話（ ） —
開 設 年 月 日	年 月 日
休（廃）止理由	
休（廃）止年月日	年 月 日
休 止 予 定 期 間	年 月 日から 年 月 日まで

注 届出内容が休止又は廃止のいずれに係るものであるのか、明らかとなるよう、様式
中の不要な文字を削除してください。

様式第 10 号（第 8 条関係）

（診療所・助産所）再開届

年 月 日

（宛先）高崎市長

開設者

住所

氏名 印

（法人にあつては、主たる事務所の所在地、
名称及び代表者職氏名）

医療法第 8 条の 2 第 2 項の規定により、（診療所・助産所）の再開に関して、次のとおり届け出ます。

名	称						
所	在	地	電話（ ） —				
開	設	年	月	日			
休	止	年	月	日			
再	開	理	由				
再	開	年	月	日			
従 業 員 名 簿							
氏	名	職名・職種	勤 務 日	勤務時間	雇入年月日	免許登録 年 月 日	
						登録地・ 番 号	

注 1）免許登録年月日及び登録地・番号の欄については、免許の必要な職種についてのみ記載してください。

2）記入欄が不足する場合は、別紙に記載してください。

様式第 1 1 号（第 9 条関係）

（診療所・助産所）開設者（死亡・失踪）届

年 月 日

（宛先）高崎市長

届出者

住所

氏名 ㊤

開設者との続柄

医療法第 9 条第 2 項の規定により、（診療所・助産所）開設者の（死亡・失踪宣告）に
関して、次のとおり届け出ます。

名	称	
所	在	地
		電話（ ） —
開	設	年 月 日
開 設 者 の 氏 名		
死 亡 （ 失 踪 宣 告 ） 年 月 日		年 月 日

注 1）この届出は、戸籍法の規定による届出義務者が行うものです。

注 2）届出内容が死亡又は失踪のいずれに係るものであるのか、明らかとなるよう、様
式中の不要な文字を削除してください。

様式第 1 2 号（第 1 0 条関係）

開設者以外の者を管理者とする許可申請書

年 月 日

（宛先）高崎市長

開設者

住所

氏名 ㊟

医療法第 1 2 条第 1 項ただし書の規定により、開設者以外の者を管理者とする許可を、
次のとおり申請します。

名	称		
所	在	地	電話（ ） —
開	設	年 月 日	年 月 日
他 の 者 を 管 理 者 と す る 理 由			
管理者にしようとする者	住	所	
	氏	名	
	免 許 等	登録年月日：	年 月 日 ；登録番号：
		臨床研修修了登録証： 交付年月日	年 月 日 ；登録番号：

添付書類

管理者にしようとする者の免許証及び臨床研修修了登録証の写し並びに履歴書

様式第 1 3 号（第 1 1 条関係）

2 以上の（診療所・助産所）管理許可申請書

年 月 日

（宛先）高崎市長

開設者

住所

氏名 ㊟

（法人にあっては、主たる事務所の所在地、
名称及び代表者職氏名）

医療法第 1 2 条第 2 項の規定により、2 以上の（診療所・助産所）管理許可を、次の
とおり申請します。

管 理 者	住 所						
	氏 名						
現に管理している診療所 又 は 助 産 所	名 称						
	所 在 地	電話（ ） —					
	診療科名						
	診療日・ 診療時間						
	病 床 数	室 床					
	従 業 員 定 員	医 師	歯科医師	助 産 師	（准）看護師	薬 剤 師	そ の 他
新たに管理しようとする 診 療 所 又 は 助 産 所	名 称						
	所 在 地	電話（ ） —					
	診療科名						
	診療日・ 診療時間						
	病 床 数	室 床					
	従 業 員 定 員	医 師	歯科医師	助 産 師	（准）看護師	薬 剤 師	そ の 他
2 以上の診療所又は助産 所を管理しようとする理 由							
管理する診療所又は助産 所相互間の距離、連絡に 要する時間及び連絡方法	距 離	km		連 絡 方 法			
	時 間	時 分					

添付書類

申請者（既存の診療所（助産所）管理者をして自ら開設する診療所（助産所）の管理者を兼任させ
ようとする者）と管理者が雇用関係にない場合、当該管理者及び管理者の雇用主の承諾書

様式第14号 (第12条関係)

專屬藥劑師免除許可申請書

年 月 日

(宛先) 高崎市長

開設者

住所

(法人にあっては、主たる事務所の所在地、
名称及び代表者職氏名)

医療法第18条ただし書の規定により、専属薬剤師免除許可を次のとおり申請します。

名	称					
所	在	地	電話（ ） —			
診	療	科	名			
病	床	数	室 床			
過去 1 年間の 1 日平均 患 者 数	入院		外来			
過去 1 年間の 1 日平均 調 剤 数	入院		外来			
処方中特に多い薬品名						
専属薬剤師を置かない 理 由						

注 開設後1年に満たないときは、患者数及び調剤数は、推定数を記入してください。

様式第 1 5 号（第 1 3 条関係）

（病院・診療所・助産所）施設使用許可申請書

年 月 日

（宛先）高崎市長

開設者

住所

氏名 ㊟

（法人にあつては、主たる事務所の所在地、
名称及び代表者職氏名）

医療法第 2 7 条の規定により、（病院・診療所・助産所）の施設使用許可を次のとおり申請します。

名	称																					
所	在	地	電話（ ） —																			
管	理	者	氏	名																		
診	療	科	名																			
従 業 員	医 師	歯 科 医 師	薬 剤 師	看 護 師	そ の 他 の 従 業 員														合 計			
					助 産 師	看 護 補 助 者	栄 養 士	診 療 放 射 線 技 師	臨 床 検 査 技 師	理 学 療 法 士	作 業 療 法 士	言 語 聴 覚 士	精 神 保 健 福 祉 士	義 肢 装 具 士	視 能 訓 練 士	臨 床 工 学 技 士	歯 科 衛 生 士	歯 科 技 工 士		調 理 員	事 務 職 員	そ の 他
員 数							()															
注 1) 准看護師、診療エックス線技師及び衛生検査技師は、それぞれ看護師、診療放射線技師及び臨床検査技師の欄に計上すること。 2) 栄養士欄の () には、管理栄養士に係る員数を再掲すること。 3) 申請の時点において現に従事する職員について、常勤職員の数に非常勤職員の数をその勤務時間に応じて常勤職員数に換算した数（小数点以下を切り捨てること。）を加えた値を記載すること。																						
許 可 申 請 事 項				1. 年 月 日付け 指令 第 号で開設（開設許可事項一部変更）許可を受けた（病院・診療所・助産所）施設 2. 年 月 日に開設（開設届出事項一部変更）した（診療所・助産所）施設																		
使 用 予 定 年 月 日				年 月 日																		

添付書類

- 1 変更部分の建物の平面図（変更前及び変更後の平面図（立面図を含む。）の 2 葉）
- 2 エックス線装置等に係る許可にあつては、施設の防護に関する検査・測定結果（責任者の所属、職氏名を記したものに限る。）又は遮蔽計算書
- 注 1) 開設許可又は変更許可の内容に完全に対応する施設使用許可申請であるときは、平面図の添付を省略することができます。
- 2) 開設許可又は変更許可の内容の一部に関する施設使用許可申請であるときは、開設許可又は変更許可の申請に際して添付した図面と同一の縮尺及び記載内容の図面で、開設許可又は変更許可の全体及び施設使用許可申請部分の双方を明示したものを添付してください。

(その1)

(宛先) 高崎市長

住所

(法人にあっては、主たる事務所の所在地、
名称及び代表者職氏名)

高崎市医療法施行細則第 13 条第 2 項の規定により自主検査を実施したので、検査結果を下記のとおり届け出ます。

基礎となる許可 (又は届出)	年 月 日付け (年 月 日付け)	指令 第 号 に係る開設 (変更) 届)
自主検査年月日	年 月 日	
自主検査者	職 名 : 氏 名 : 職 名 : 氏 名 :	
自主検査の結果 (該当番号に○ を付けてください。)	下記の事項について、自主検査を実施しましたが、 1 基礎となる許可 (又は届出) 事項の内容と相違ありません。 2 医療法第21条から第23条までの規定及びこれらに基づく医療法施行規則の基準に適合しています。 3 実際に使用可能な状態にあります。	

- 注 1) 高崎市医療法施行細則第13条第2項第1号に該当する場合は、(その2)以降に必要な事項を記入し、自主検査を実施した箇所の写真を併せて提出してください。
- 2) 高崎市医療法施行細則第13条第2項第2号又は第3号に該当する場合は、(その2)以降の記入は不要です。

(その2)

【検査項目】

建物（棟）の構造、廊下及び階段の構造等	棟	(建築構造) _____ 造 地上 _____ (階数) _____ } 階建 (建築面積) _____ m ² (耐火構造等) _____ 構造 地下 _____ } (延べ床面積) _____ m ² ■廊下 ※患者の使用する廊下のうちで最も狭い廊下について記載してください。 (片廊下幅) _____ cm (中廊下幅) _____ cm ■階段 ※階段数以外の項目は、患者の使用する階段のうちで最も水準の低い階段について記載してください。 ・直通階段 (階段数) _____ 本 (階段幅) _____ cm (けあげ高) _____ cm (踏み面奥行) _____ cm (踊り場奥行) _____ cm (防火戸) 有・無 (てすり) 有・無 ・避難階段 (階段数) _____ 本 (階段幅) _____ cm (けあげ高) _____ cm (踏み面奥行) _____ cm (踊り場奥行) _____ cm (防火戸) 有・無 (てすり) 有・無 ・その他 (階段数) _____ 本 (階段幅) _____ cm (けあげ高) _____ cm (踏み面奥行) _____ cm (踊り場奥行) _____ cm (防火戸) 有・無 (てすり) 有・無				
	棟	(建築構造) _____ 造 地上 _____ (階数) _____ } 階建 (建築面積) _____ m ² (耐火構造等) _____ 構造 地下 _____ } (延べ床面積) _____ m ² ■廊下 ※患者の使用する廊下のうちで最も狭い廊下について記載してください。 (片廊下幅) _____ cm (中廊下幅) _____ cm ■階段 ※階段数以外の項目は、患者の使用する階段のうちで最も水準の低い階段について記載してください。 ・直通階段 (階段数) _____ 本 (階段幅) _____ cm (けあげ高) _____ cm (踏み面奥行) _____ cm (踊り場奥行) _____ cm (防火戸) 有・無 (てすり) 有・無 ・避難階段 (階段数) _____ 本 (階段幅) _____ cm (けあげ高) _____ cm (踏み面奥行) _____ cm (踊り場奥行) _____ cm (防火戸) 有・無 (てすり) 有・無 ・その他 (階段数) _____ 本 (階段幅) _____ cm (けあげ高) _____ cm (踏み面奥行) _____ cm (踊り場奥行) _____ cm (防火戸) 有・無 (てすり) 有・無				
診療室・処置室	診療科名	診療室床面積	処置室床面積	備考		
		m ²	m ²	※1) 診療室と処置室とを兼用している場合は、処置室の面積を () 書してください。 2) 同一診療室を2以上の診療科で併用している場合は、診療科名欄に当該診療科名を併記してください。 3) 同一診療科で2以上の診療室又は処置室を有している場合は、各室ごとに記入してください。		
臨床検査施設	室名	床面積	設備の状況			
	検査室 検査室 検査室 ※MR I 室はここに記載	m ²	※1) 検査機器等の具備状況を記載してください。 2) 病理検査室は、他の換気設備と分離しているかどうかを記載してください。			
調剤所	室名	床面積	採光・換気の方法	冷暗所	備付け天秤	その他設備の状況
	室 室	m ²		有・無 有・無	感量 mg	
消毒施設 (被服、寝具、器具等)	室名	床面積	設備の状況・消毒方法		委託契約の状況	
		m ²				
給食施設						
調理室	床面積	m ²	その他の設備の状況			
	床の構造					
食器消毒設備			業務委託の状況			
供給能力		人食/日				
洗濯施設	室名	床面積	設備の状況		※洗濯業務の委託が行われている場合は、その旨並びに業務執行及び管理の適否等を記載してください。	
		m ²				

(その3)

分べん室及び新生児入浴施設		室名	床面積	分べん台等の数	構造設備の安全性その他の状況
		分べん室	m ²	(分べん台) 台	
		新生児入浴施設		槽	
		新生児室		床	
歯科技工室		床面積	防塵設備	その他設備 ()	※防塵設備及びその他設備の欄には設備の有無及び状況を記載してください。
		m ²			
療養病床関係施設	施設名	有無等	床面積 (m ²)	設備の状況	※設備の状況欄には、各室の構造設備の安全性のほか、機能訓練室にあつては必要な器械及び器具の充足状況、食堂にあつては入院患者1人当たりの床面積、浴室にあつては特殊浴槽等の有無、談話室にあつては専用又は共用の別を記載してください。
	機能訓練室	___室			
	食堂	有・無			
	浴室	有・無			
	談話室	有・無			
	()	有・無			
地域医療支援病院関係施設	施設名	室数等	床面積 (m ²)	設備の状況	※設備の状況欄には、各室等の構造設備の安全性及び設備の充足状況のほか、医薬品情報管理室については専用又は共用の別を記載してください。 なお、検査室については、前掲の臨床検査施設に係る検査項目と内容が一部重複しますが、本欄に再掲してください。
	化学検査室	室			
	細菌検査室	室			
	病理検査室	室			
	病理解剖室	室			
	研究室	室			
	講義室	室			
	図書室	室			
	救急・患者搬送用自動車	台			
	医薬品情報管理室	室			
	防火設備 (防火設備、警報設備) 避難設備ほか				
消火設備・器具					
汚水排出施設					
医療用ガス設備					

注 各項目とも、必要に応じて記入欄を増やしてください。

また、建物の一部の使用許可申請に伴う検査の場合、施設及び構造設備に関する検査項目については、該当する部分を記載すれば足够了。

様式第 18 号（第 15 条関係）
（その 1）

診療用エックス線装置設置届

年 月 日

（宛先）高崎市長

医療機関所在地

電話（ ） —
名 称
管理者氏名



医療法第 15 条第 3 項及び医療法施行規則第 24 条の 2 の規定により、診療用エックス線装置の設置を下記のとおり届け出ます。

記

1 設置年月日

年 月 日

2 使用開始予定年月日

年 月 日

3 その他届出事項

後掲の表記載のとおり

(その2)

(※高電圧発生装置について記載)		No.①	No.②	No.③		
エックス線装置	製作者名					
	型式・製造年月	； 年 月製造	； 年 月製造	； 年 月製造		
	医療用具承認番号					
	定格出力 (連続 短時間 蓄放式)	k V m A k V m A s e c k V μ F	k V m A k V m A s e c k V μ F	k V m A k V m A s e c k V μ F		
	エックス線管の数					
	用途	一般撮影・透視・C T・ ()	一般撮影・透視・C T・ ()	一般撮影・透視・C T・ ()		
	使用室	診療室、手術室、移動型等	診療室、手術室、移動型等	診療室、手術室、移動型等		
装備、構造、能力等の状況 (※該当するものに○を付し、又は測定値等を記載してください。)				No.①	No.②	No.③
エックス線装置の防護	共通	1 利用線錐 ^{すい} 以外のエックス線線量の遮蔽	適・否	適・否	適・否	
		2 附加ろ過板 ^ろ の設置 (利用線錐 ^{すい} の総ろ過)	適・否	適・否	適・否	
	透視用	1 患者への入射線量率	適・否	適・否	適・否	
		2 タイマーの設置 (透視時間積算、警告音等)	適・否	適・否	適・否	
		3 エックス線管焦点皮膚間の距離制御装置	適・否	適・否	適・否	
		4 エックス線照射野の絞り装置	適・否	適・否	適・否	
		5 受像器通過後エックス線の空気カーマ率	適・否	適・否	適・否	
		6 最大照射野を3 cm超える部分の空気カーマ率	適・否	適・否	適・否	
		7 被照射体周囲の有効な遮蔽装置	適・否	適・否	適・否	
	撮影用	1 エックス線照射野の絞り装置	適・否	適・否	適・否	
		2 エックス線管焦点皮膚間距離	適・否	適・否	適・否	
	* 1	3 移動型等及び手術中に使用する装置の遠隔操作構造	適・否	適・否	適・否	
	胸部集検間接撮影	1 利用線錐 ^{すい} 形及びエックス線照射野の絞り装置	適・否	適・否	適・否	
		2 受像器の一次防護遮蔽体の能力	適・否	適・否	適・否	
		3 被照射体周囲の遮蔽物及び能力又は従事者の室外退避	適・否	適・否	適・否	
	治療用	(近接照射治療装置を除く) ろ過板 ^ろ が引き抜かれた際のインターロック	適・否	適・否	適・否	
	診療室	診療室 (又は手術室) 名				
診療室の構造 (※耐火構造、不燃材料又はその他の別の別を記載してください。)						
画壁外側における実効線量 (※最大値を記載してください。単位: m S v / 週)						
操作室 (又は必要な防護措置)		有・無	有・無	有・無		
診療室の標識		有・無	有・無	有・無		
管理区域	区域外側における実効線量 (※最大値を記載してください。単位: m S v / 3 月)					
	標識		有・無	有・無	有・無	
	立入禁止等の措置		有・無	有・無	有・無	
その他	注意事項の掲示 (従事者・患者)		有・無	有・無	有・無	
	敷地内居住区域・敷地境界の実効線量 (※最大値を記載してください。単位: m S v / 3 月)					
	放射線診療従事者等の被ばく防止		有・無	有・無	有・無	
	患者の被ばく防止		有・無	有・無	有・無	
	その他防護措置 (※措置の内容を記載してください。)					

* 1 : 撮影用とは、撮影用エックス線装置のうち、胸部集検用間接撮影エックス線装置を除くものをいいます。

(その3)

診療に従事する医師等	職名・職種	氏名	免許登録年月日	免許登録番号	エックス線診療に関する経歴

添付書類

- 1 エックス線診療室図（エックス線装置のほか、隣接室及び上下階の室を明示した平面図及び側面図）
- 2 施設の防護に関する検査・測定結果（責任者の所属、職氏名を記したものに限り。）又は遮蔽計算書
- 3 管理区域を明示したエックス線診療関係施設の平面図

注 1）この届出は、個々のエックス線装置ではなく、診療所としてのエックス線装置全体に関する設置の届けであり、個々のエックス線装置の新設、廃止等は、診療用エックス線装置等変更届（様式第28号）により届け出てください。

2）エックス線診療室図は、原則として縮尺50分の1以上のものとし、照射方向、エックス線管から天井、床及び周囲の面壁の外側までの距離（m）並びに防護物の材料及び厚さを記入してください。

様式第 19 号（第 16 条関係）（その 1）

診療用高エネルギー放射線発生装置設置届

年 月 日

（宛先）高崎市長

医療機関所在地

電話（ ） ー
名 称
管理者氏名 ㊞

医療法第 15 条第 3 項及び医療法施行規則第 25 条の規定により、診療用高エネルギー放射線発生装置の設置を下記のとおり届け出ます。

記

1 設置予定年月日

年 月 日

2 使用開始予定年月日

年 月 日

3 その他届出事項
後掲の表記載のとおり

(その2)

		No.①	No.②	No.③		
発生装置	製 作 者 名					
	型 式 ・ 製 造 年 月	；年月製造	；年月製造	；年月製造		
	医 療 用 具 承 認 番 号					
	(エックス線) 定格出力 (電子線)	MV Me V	MV Me V	MV Me V		
装備、構造、能力等の状況(※該当するものに○を付し、又は測定値等を記載してください。)				No.①	No.②	No.③
装置の防護	発生管容器の遮蔽能力		適・否	適・否	適・否	
	照射終了直後の不必要な放射線による被ばく防護措置		適・否	適・否	適・否	
	放射線発生自動表示装置		有・無	有・無	有・無	
	放射線発生遮断インターロック設備		有・無	有・無	有・無	
使用室	使用室の名称					
	使用室の構造(※耐火構造、不燃材料又はその他の別を記載すること。)					
	画壁外側における実効線量 (※最大値を記載してください。単位：mSv/週)					
	通常使用出入口(1か所)		適・否	適・否	適・否	
	出入口の放射線発生自動表示装置		有・無	有・無	有・無	
管理区域	使用室の標識		有・無	有・無	有・無	
	区域外側における実効線量 (※最大値を記載してください。単位：mSv/3月)					
	標識		有・無	有・無	有・無	
その他	立入禁止等の措置		有・無	有・無	有・無	
	注意事項の掲示(従事者・患者)		有・無	有・無	有・無	
	敷地内居住区域・敷地境界の実効線量 (※最大値を記載してください。単位：mSv/3月)					
	放射線診療従事者等の被ばく防止		有・無	有・無	有・無	
	患者の被ばく防止		有・無	有・無	有・無	
	使用室内でのエックス線装置の併用		有・無	有・無	有・無	
	使用室内でエックス線装置を併用する場合の同時ばく射防護措置		適・否	適・否	適・否	
その他防護措置(※措置の内容を記載してください。)						
装置を使用する医師等	職 名 ・ 職 種	氏 名	免許登録年月日	免許登録番号	放射線診療に関する経歴	

添付書類

- 1 診療用高エネルギー放射線発生装置使用室図(装置のほか、隣接室及び上下階の室を明示した平面図及び側面図)
- 2 施設の防護に関する検査・測定結果(責任者の所属、職氏名を記したものに限り。)又は遮蔽計算書
- 3 管理区域を明示した放射線診療関係施設の平面図
- 4 使用室内でエックス線装置を併用する場合、同時ばく射等の防護措置の内容を記載した書面

注 1) この届出は、個々の診療用高エネルギー放射線発生装置ではなく、診療所としての診療用高エネルギー放射線発生線装置全体に関する設置の届けであり、個々の診療用高エネルギー放射線発生装置の新設、廃止等は、診療用エックス線装置等変更届(様式第28号)により届け出てください。

2) 診療用高エネルギー放射線発生装置使用室図は、原則として縮尺50分の1以上のものとし、照射方向、線源から天井、床及び周囲の画壁の外側までの距離(m)並びに防護物の材料及び厚さを記入してください。

様式第 2 0 号（第 1 7 条関係）
（その 1）

診療用粒子線照射装置設置届

年 月 日

（宛先）高崎市長

医療機関所在地

電話（ ） ー

名 称

管理者氏名 ㊞

医療法第 1 5 条第 3 項及び医療法施行規則第 2 5 条の 2 の規定により、診療用粒子線照射装置の設置を下記のとおり届け出ます。

記

1 設置予定年月日

年 月 日

2 使用開始予定年月日

年 月 日

3 その他届出事項

後掲の表記載のとおり

(その2)

発生装置	製作者名	No.①		No.②		No.③	
	型式・製造年月	; 年 月製造		; 年 月製造		; 年 月製造	
	医療用具承認番号						
	(陽子線) 定格出力 (重粒子線)						
装置の防護	装備、構造、能力等の状況（※該当する方に○を付し、又は測定値等を記載してください。）				No.①	No.②	No.③
	照射管容器の漏洩放射線量（利用線錐の放射線量1／1,000）				以下・超	以下・超	以下・超
	照射終了直後の不必要な放射線による被ばく防護措置				適・否	適・否	適・否
	放射線照射自動表示装置				有・無	有・無	有・無
使用室	放射線照射遮断インターロック設備				有・無	有・無	有・無
	使用室の名称						
	使用室の構造（※耐火構造、不燃材料又はその他の別を記載してください。）						
	画壁外側における実効線量（※最大値を記載してください。単位：mSv/週）						
管理区域	通常使用出入口（1箇所）				適・否	適・否	適・否
	出入口の放射線発生自動表示装置				有・無	有・無	有・無
	使用室の標識				有・無	有・無	有・無
	区域外側における実効線量（※最大値を記載してください。単位：mSv/3月）						
その他	標識				有・無	有・無	有・無
	立入禁止等の措置				有・無	有・無	有・無
	注意事項の掲示（従事者・患者）				有・無	有・無	有・無
	敷地内居住区域・敷地境界の実効線量（※最大値を記載してください。単位：mSv/3月）						
装置を使用する医師等	放射線診療従事者等の被ばく防止				有・無	有・無	有・無
	患者の被ばく防止				有・無	有・無	有・無
	使用室内でのエックス線装置の併用				有・無	有・無	有・無
	使用室内でエックス線装置を併用する場合の同時ばく射防護措置				適・否	適・否	適・否
その他防護措置（※措置の内容を記載してください。）							
添付書類	職名・職種	氏名	免許登録年月日	免許登録番号	放射線診療に関する経歴		

添付書類

- 1 診療用粒子線照射装置使用室図（装置のほか、隣接室及び上下階の室を明示した平面図及び側面図）
- 2 施設の防護に関する検査・測定結果（責任者の所属、職及び氏名を記したものに限りです。）又は遮蔽計算書
- 3 管理区域を明示した放射線診療関係施設の平面図
- 4 使用室内でエックス線装置を併用する場合、同時ばく射等の防護措置の内容を記載した書面

注 1) この届出は、個々の診療用粒子線照射装置ではなく、診療所としての診療用粒子線照射装置全体に関する設置の届けであり、個々の診療用粒子線照射装置の新設、廃止等は、診療用エックス線装置等変更届（様式第28号）により届け出てください。

2) 診療用粒子線照射装置使用室図は、原則として縮尺50分の1以上のものとし、照射方向、線源から天井、床及び周囲の画壁の外側までの距離（m）並びに防護物の材料及び厚さを記入してください。

様式第 2 1 号（第 1 8 条関係）
（その 1）

診療用放射線照射装置設置届

年 月 日

（宛先）高崎市長

医療機関所在地

電話（ ） ー

名 称

管理者氏名 ㊟

医療法第 1 5 条第 3 項及び医療法施行規則第 2 6 条の規定により、診療用放射線照射装置の設置を下記のとおり届け出ます。

記

1 設置予定年月日

年 月 日

2 使用開始予定年月日

年 月 日

3 その他届出事項

後掲の表記載のとおり

(その2)

		No.①	No.②	No.③		
照 射 装 置	製作者名					
	型式・製造年月	； 年 月製造	； 年 月製造	； 年 月製造		
	医療用具承認番号					
	放射性同位元素の種類					
	数量	B q	B q	B q		
装 置 の 防 護	装備、構造、能力等の状況（※該当するものに○を付し、又は測定値等を記載してください。）		No.①	No.②	No.③	
	収納容器からの漏えい線の遮蔽		適・否	適・否	適・否	
	二次電子ろ過板（放射線障害の防止に必要な場合）の設置		有・無	有・無	有・無	
	照射口の開閉遠隔操作構造又は従事者の防護措置		適・否	適・否	適・否	
使 用 室	使用室の名称					
	使用室の構造（※耐火構造、不燃材料又はその他の別の別を記載してください。）					
	画壁外側における実効線量 （※最大値を記載してください。単位：m S v /週）					
	通常使用出入口の数（1箇所）		適・否	適・否	適・否	
	放射線発生自動表示装置		有・無	有・無	有・無	
	使用室の標識		有・無	有・無	有・無	
貯 蔵 施 設	貯 蔵 室	貯蔵室の構造 （※耐火構造、不燃材料又はその他の別の別を記載してください。）				
		貯蔵室の開口部（特定防火設備）	有・無	有・無	有・無	
		通常使用出入口の数（1箇所）	適・否	適・否	適・否	
		扉等の外部に通じる部分の鍵等	有・無	有・無	有・無	
		画壁外側における実効線量 （※最大値を記載してください。単位：m S v /週）				
	貯 蔵 箱 等	貯蔵施設の標識	有・無	有・無	有・無	
		貯蔵箱等の構造 （※耐火構造、不燃材料又はその他の別の別を記載してください。）				
		蓋等の外部に通じる部分の鍵等	有・無	有・無	有・無	
		画壁外側における実効線量 （※最大値を記載してください。単位：m S v /週）				
貯 蔵 容 器	貯蔵施設の標識	有・無	有・無	有・無		
	容器外側における実効線量率 （※最大値を記載してください。単位：μ S v /時）					
	貯蔵容器の構造		適・否	適・否	適・否	
運 搬 容 器	貯蔵容器及び貯蔵する放射性同位元素の種類と数量の表示		有・無	有・無	有・無	
	容器外側における実効線量率 （※最大値を記載してください。単位：μ S v /時）					
	運搬容器の構造		適・否	適・否	適・否	
放 射 線 治 療 病 室	運搬容器及び運搬する放射性同位元素の種類と数量の表示		有・無	有・無	有・無	
	放射線治療病室の名称					
	放射線治療病室の構造					
	画壁外側における実効線量 （※最大値を記載してください。単位：m S v /週）					
	放射線治療病室の標識		有・無			
病床数		床				

(その3)

管 理 区 域	区域外側における実効線量 (※最大値を記載してください。単位：mSv/3月)						
	標識				有・無	有・無	有・無
	立入禁止等の措置				有・無	有・無	有・無
そ の 他	注意事項の掲示（従事者・患者）				有・無	有・無	有・無
	敷地内居住区域・敷地境界の実効線量 (※最大値を記載してください。単位：μSv/3月)						
	放射線診療従事者等の被ばく防止				有・無	有・無	有・無
	患者の被ばく防止				有・無	有・無	有・無
	使用室内でのエックス線装置の併用				有・無	有・無	有・無
	使用室内でエックス線装置を併用する場合の同時ばく射防護装置				適・否	適・否	適・否
	その他防護措置（※措置の内容を記載してください。）						
装 置 を 使 用 す る 医 師 等	職名・職種	氏名	免許登録年月日	免許登録番号	放射線診療に関する経歴		

添付書類

- 1 診療用放射線照射装置使用室・貯蔵施設・放射線治療病室図（装置のほか、隣接室及び上下階の室を明示した平面図及び側面図）
- 2 施設の防護に関する検査・測定結果（責任者の所属、職氏名を記したものに限る。）又は遮蔽計算書
- 3 管理区域を明示した放射線診療関係施設の平面図
- 4 使用室内でエックス線装置を併用する場合、同時ばく射等の防護措置の内容を記載した書面

注 1) この届出は、個々の診療用放射線照射装置ではなく、診療所としての診療用放射線照射装置全体に関する設置の届けであり、個々の診療用放射線照射装置の新設、廃止等は、診療用エックス線装置等変更届（様式第28号）により届け出てください。

2) 診療用放射線照射装置使用室図は、原則として縮尺50分の1以上のものとし、照射方向、線源から天井、床及び周囲の画壁の外側までの距離（m）並びに防護物の材料及び厚さを記入してください。

診療用放射線照射器具設置届

年 月 日

（宛先）高崎市長

医療機関所在地

電話（ ） —
名 称
管理者氏名 印

医療法第 1 5 条第 3 項及び医療法施行規則第 2 7 条第 1 項（及び第 2 項）の規定により、下記のとおり診療用放射線照射器具の設置を届け出ます。

記

1 設置予定年月日

年 月 日

2 使用開始予定年月日

年 月 日

3 その他届出事項

後掲の表記載のとおり

(その2)

		No.①	No.②	No.③		
照射器具	放射線同位元素の種類					
	型式					
	医療用具承認番号					
	個数					
	1個当り数量	B q	B q	B q		
	合計数量	B q	B q	B q		
使用室	使用室の名称					
	画壁外側における実効線量 (※最大値を記載してください。単位：m S v /週)					
	通常使用出入口の数（1箇所）		適・否	適・否	適・否	
	使用室の標識		有・無	有・無	有・無	
貯蔵施設	貯蔵方法		適・否	適・否	適・否	
	貯蔵室	貯蔵室の構造 (※耐火構造、不燃材料又はその他の別の別を記載してください。)				
		貯蔵室の開口部（特定防火設備）	有・無	有・無	有・無	
		通常使用出入口数（1箇所）	適・否	適・否	適・否	
		扉等の外部に通じる部分の鍵等	有・無	有・無	有・無	
		画壁外側における実効線量 (※最大値を記載してください。単位：m S v /週)				
	貯蔵施設の標識		有・無	有・無	有・無	
	貯蔵箱等	貯蔵箱等の構造 (※耐火構造、不燃材料又はその他の別の別を記載してください。)				
		蓋等の外部に通じる部分の鍵等	有・無	有・無	有・無	
		画壁外側における実効線量 (※最大値を記載してください。単位：m S v /週)				
貯蔵施設の標識		有・無	有・無	有・無		
貯蔵容器	容器外側における実効線量率 (※最大値を記載してください。単位：μ S v /時)					
	貯蔵容器の構造		適・否	適・否	適・否	
	貯蔵容器及び貯蔵する放射性同位元素の種類と数量の表示		有・無	有・無	有・無	
運搬容器	容器外側における実効線量率 (※最大値を記載してください。単位：μ S v /時)					
	運搬容器の構造		適・否	適・否	適・否	
	運搬容器及び運搬する放射性同位元素の種類と数量の表示		有・無	有・無	有・無	
放射線治療病室	放射線治療病室の名称					
	放射線治療病室の構造					
	画壁外側における実効線量 (※最大値を記載してください。単位：m S v /週)					
	放射線治療病室の標識		有・無			
	病床数					

(その3)

管理 区域	区域外側における実効線量 (※最大値を記載してください。単位：mSv/3月)						
	標識				有・無	有・無	有・無
	立入禁止等の措置				有・無	有・無	有・無
その他	注意事項の掲示（従事者・患者）				有・無	有・無	有・無
	敷地内居住区域・敷地境界の実効線量 (※最大値を記載してください。単位：μSv/3月)						
	放射線診療従事者等の被ばく防止				有・無	有・無	有・無
	患者の被ばく防止				有・無	有・無	有・無
	放射線治療中患者の標示				有・無	有・無	有・無
	使用室内でのエックス線装置の併用				有・無	有・無	有・無
	使用室内でエックス線装置を併用する場合の同時ばく射防護措置				適・否	適・否	適・否
	集中治療室等での使用予定				有・無	有・無	有・無
その他防護措置（※措置の内容を記載してください。）							
器具を 使用する 医師等	職 名 ・ 職 種	氏 名	免許登録年月日	免許登録番号	放射線診療に関する経歴		
() 年使用 予定診療用 放射線照射 器具	(※装備する放射性同位元素の物理的半減期が30日以下のものを備えようとするときは、以下の事項も記載してください。)						
	型 式	個 数	種 類	数 量 (Bq)	最大 予 定 数 量 (Bq)	1 日の最大使用 予定数量 (Bq)	

添付書類

- 1 診療用放射線照射器具使用室・貯蔵施設・放射線治療病室図（器具のほか、隣接室及び上下階の室を明示した平面図及び側面図）
- 2 施設の防護に関する検査・測定結果（責任者の所属、職氏名を記したものに限る。）又は遮蔽計算書
- 3 管理区域を明示した放射線診療関係施設の平面図
- 4 使用室内でエックス線装置を併用する場合、同時ばく射等の防護措置の内容を記載した書面

注 1) この届出は、個々の診療用放射線照射器具ではなく、診療所としての診療用放射線照射器具全体に関する設置の届けであり、個々の診療用放射線照射器具の新設、廃止等は、診療用エックス線装置等変更届（様式第28号）により届け出てください。

2) 診療用放射線照射器具使用室・貯蔵施設・放射線治療病室図は、原則として縮尺50分の1以上のものとし、照射方向、線源から天井、床及び周囲の画壁の外側までの距離（m）並びに防護物の材料及び厚さを記入してください。

様式第23号 (第19条関係)

診療用放射線照射器具使用予定届

年 月 日

(あて先) 高崎市長

医療機関所在地

電話 () —

名 称

管理者氏名 印

医療法第15条第3項及び医療法施行規則第27条第3項の規定により、次のとおり診療用放射線照射器具の使用予定を届け出ます。

[illegible]

様式第 2 4 号（第 2 0 条関係）（その 1）

放射性同位元素装備診療機器設置届

年 月 日

（宛先）高崎市長

医療機関所在地

電話（ ） —

名 称

管理者氏名 印

医療法第 1 5 条第 3 項及び医療法施行規則第 2 7 条の 2 の規定により、下記のとおり
放射性同位元素装備診療機器の設置を届け出ます。

記

1 設置予定年月日

年 月 日

2 使用開始予定年月日

年 月 日

3 その他届出事項

後掲の表記載のとおり

(その2)

		No.①	No.②	No.③		
装 備 診 療 機 器	製 作 者 名					
	型 式 ・ 製 造 年 月	； 年 月製造	； 年 月製造	； 年 月製造		
	医 療 用 具 承 認 番 号					
	放 射 性 同 位 元 素 の 種 類					
	数 量	B q	B q	B q		
使 用 室	使用室の名称					
	使用室の構造 (※耐火構造、不燃材料又はその他の別を記載してください。)					
	外部に通じる部分の閉鎖設備・器具			有・無	有・無	有・無
	使用室の標識			有・無	有・無	有・無
	間仕切り等の予防措置			有・無	有・無	有・無
管 理 区 域	区域外側における実効線量 (※最大値を記載してください。単位：m S v / 3 月)					
	標識			有・無	有・無	有・無
	立入禁止等の措置			有・無	有・無	有・無
そ の 他	注意事項の掲示（従事者・患者）			有 ・ 無		
	敷地内居住区域・敷地境界の実効線量 (※最大値を記載してください。単位：μ S v / 3 月)					
	放射線診療従事者等の被ばく防止			有 ・ 無		
	患者の被ばく防止			有 ・ 無		
	その他防護措置（※措置の内容を記載してください。）					

機 器 を 使 用 す る 医 師 等	職 名 ・ 職 種	氏 名	免許登録年月日	免 許 登 録 番 号	放射線診療に関する経歴

添付書類

- 1 診療用放射性同位元素装備診療機器使用室図（機器のほか、隣接室及び上下階の室を明示した平面図及び側面図）
- 2 施設の防護に関する検査・測定結果（責任者の所属、職氏名を記したものに限り。）又は遮蔽計算書
- 3 管理区域を明示した放射線診療関係施設の平面図

注 1）この届出は、個々の診療用放射性同位元素装備診療機器ではなく、診療所としての診療用放射性同位元素装備診療機器全体に関する設置の届けであり、個々の診療用放射性同位元素装備診療機器の新設、廃止等は、診療用エックス線装置等変更届（様式第28号）により届け出てください。

2）診療用放射性同位元素装備診療機器使用室図は、原則として縮尺50分の1以上のものとし、照射方向、線源から天井、床及び周囲の画壁の外側までの距離（m）並びに防護物の材料及び厚さを記入してください。

診療用放射性同位元素設置届

年 月 日

（宛先）高崎市長

医療機関所在地

電話（ ） —

名 称

管理者氏名 ㊟

医療法第 1 5 条第 3 項及び医療法施行規則第 2 8 条第 1 項の規定により、下記のとおり診療用放射性同位元素の設置を届け出ます。

記

1 設置予定年月日

年 月 日

2 使用開始予定年月日

年 月 日

3 その他届出事項

後掲の表記載のとおり

(その2)

放射性同位元素	放射性同位元素の種類	No.①	No.②	No.③
		B q	B q	B q
		B q	B q	B q
		B q	B q	B q

※ 放射性同位元素の種類が多数にわたる場合には、その種類ごとに上記事項を記載し、別紙により提出してください。

使用室	使用室の名称				
	使用室の構造 (※耐火構造、不燃材料又はその他の別の別を記載してください。)				
	画壁外側における線量当量 (※最大値を記載してください。単位：mSv/週)				
	通常使用出入口の数（1箇所）		適・否	適・否	適・否
	壁床等仕上	汚染するおそれのある部分の突起物、くぼみ	適・否	適・否	適・否
		仕上材の目地等のすきま	適・否	適・否	適・否
		平滑で浸透しにくく腐食しにくい材料	適・否	適・否	適・否
	汚染検査用放射線測定器		有・無	有・無	有・無
	汚染除去器材及び洗浄設備		有・無	有・無	有・無
	洗浄設備の排水設備への連結		有・無	有・無	有・無
	更衣設備		有・無	有・無	有・無
	使用室の標識		有・無	有・無	有・無
準備室	準備室の名称				
	準備室の構造 (※耐火構造、不燃材料又はその他の別の別を記載してください。)				
	画壁外側における線量当量 (※最大値を記載してください。単位：mSv/週)				
	通常使用出入口の数（1箇所）		適	・	否
	壁床等仕上	汚染するおそれのある部分の突起物、くぼみ	適	・	否
		仕上材の目地等のすきま	適	・	否
		平滑で浸透しにくく腐食しにくい材料	適	・	否
	汚染検査用放射線測定器		有	・	無
	汚染除去器材及び洗浄設備		有	・	無
	更衣設備		有	・	無
	準備室の洗浄設備		有	・	無
	洗浄設備の排水設備への連結		有	・	無
貯蔵施設	貯蔵方法		適	・	否
	貯蔵室	貯蔵室の構造 (※耐火構造、不燃材料又はその他の別の別を記載してください。)			
		貯蔵室の開口部（特定防火設備）	有	・	無

(その3)

貯蔵施設	貯蔵室	通常使用出入口の数（1箇所）	適・否		
		扉等の外部に通じる部分の鍵等	有・無		
		画壁外側における実効線量 （※最大値を記載してください。単位：mSv/週）			
		貯蔵施設の標識	有・無		
	貯蔵箱等	貯蔵箱等の構造 （※耐火構造、不燃材料又はその他の別の別を記載してください。）			
		蓋等の外部に通じる部分の鍵等	有・無		
		画壁外側における実効線量 （※最大値を記載してください。単位：mSv/週）			
		貯蔵施設の標識	有・無		
	貯蔵容器	容器外側における実効線量 （※最大値を記載してください。単位：μSv/3月）			
		空気を汚染するおそれのある同位元素を入れる容器の気密構造	適・否	適・否	適・否
		液体状の同位元素の容器の構造	適・否	適・否	適・否
		貯蔵容器の標識	有・無	有・無	有・無
		貯蔵する放射性同位元素の種類及び数量の表示	有・無	有・無	有・無
運搬容器		容器外側における実効線量 （※最大値を記載してください。単位：μSv/3月）			
		空気を汚染するおそれのある同位元素を入れる容器の気密構造	適・否	適・否	適・否
		液体状の同位元素の容器の構造	適・否	適・否	適・否
		運搬容器の標識	有・無	有・無	有・無
		運搬する放射性同位元素の種類及び数量の表示	有・無	有・無	有・無
放射線治療病室		放射線治療病室の名称			
		放射線治療病室の構造（壁床等の仕上げ）	適・否	適・否	適・否
		画壁外側における実効線量 （※最大値を記載してください。単位：mSv/週）			
		放射線測定器の設置	有・無	有・無	有・無
		汚染除去器材、洗浄設備、更衣設備	有・無	有・無	有・無
		放射線治療病室の標識	有・無	有・無	有・無
		病床数	床	床	床
廃棄施設	排水設備	排水設備外側における実効線量 （※最大値を記載してください。単位：mSv/週）			
		排水口における排液中濃度低減能力等	適・否		
		排液が漏れにくい構造	適・否		
		排液が浸透しにくく腐食しにくい材料	適・否		
		排液を採取できる（測定できる）構造	適・否		
		排液流出調節装置	有・無		
		処理槽の上部の開口部の蓋	有・無		
		立入禁止のための施設	有・無		
		排水設備の標識	有・無		
	排気設備	排気施設外側における実効線量 （※最大値を記載してください。単位：mSv/週）			
		排気口における排気中濃度低減能力等	適・否		
		人の常時立ち入る場所における空气中濃度低減能力等	適・否		
		気体が漏れにくい構造	適・否		
		腐食しにくい材料	適・否		
		故障等における汚染拡大防止装置	有・無		
		排気設備の標識	有・無		

(その4)

廃棄施設	保管廃棄設備外側における実効線量 (※最大値を記載してください。単位：mSv/週)				
	保管 廃棄 設備	外部との区画	有・無		
		外部に通じる部分の閉鎖設備・器具	有・無		
		気密構造の保管容器	有・無		
		こぼれにくい構造等の保管容器	有・無		
		保管廃棄容器の表示	有・無		
		保管廃棄設備の標識	有・無		
管理 区域	区域外側における実効線量 (※最大値を記載してください。単位：mSv/3月)				
	区域外側における空気中の放射性同位元素の濃度 (※最大値を記載してください。単位：Bq/cm ³)				
	区域外側における汚染物表面の放射性同位元素の密度 (※最大値を記載してください。単位：Bq/m ²)				
	標識		有・無	有・無	有・無
	立入禁止等の措置		有・無	有・無	有・無
その 他	注意事項の掲示（従事者・患者）		有・無		
	敷地内居住区域・敷地境界の実効線量 (※最大値を記載してください。単位：μSv/3月)				
	放射線診療従事者等の被ばく防止		有・無		
	患者の被ばく防止		有・無		
	放射線治療中患者の標識		有・無		
	使用室でのエックス線装置の併用		有・無		
	集中治療室等での使用予定		有・無		
	その他防護措置（※措置の内容を記載してください。）				
元 素 を 使 用 す る 医 師 等	職 名 ・ 職 種	氏 名	免許登録年月日	免 許 登 録 番 号	放射線診療に関する経歴

添付書類

- 1 診療用放射性同位元素使用室・準備室・貯蔵施設・放射線治療病室・廃棄施設図（使用室、準備室等及びこれに隣接する室、上下階の室のほか、院内の廃棄経路等を明示した平面図及び側面図）
- 2 施設の防護に関する検査・測定結果（責任者の所属、職氏名を記したものに限る。）又は遮蔽計算書
- 3 管理区域を明示した放射線診療関係施設の平面図

注 1) この届出は、個々の診療用放射性同位元素ではなく、診療所としての診療用放射性同位元素全体に関する設置の届けであり、個々の診療用放射性同位元素の新設、廃止等は、診療用エックス線装置等変更届（様式第28号）により届け出てください。

2) 診療用放射性同位元素使用室・準備室・貯蔵施設・放射線治療病室・廃棄施設図は、原則として縮尺50分の1以上のものとし、線源から天井、床及び周囲の画壁の外側までの距離（m）並びに防護物の材料及び厚さを記入してください。

陽電子断層撮影診療用放射性同位元素設置届

年 月 日

（宛先）高崎市長

医療機関所在地

電話（ ） ー

名 称

管理者氏名 ㊟

医療法第 1 5 条第 3 項及び医療法施行規則第 2 8 条第 1 項の規定により、下記のとおり陽電子断層撮影診療用放射性同位元素の設置を届け出ます。

記

1 設置予定年月日

年 月 日

2 使用開始予定年月日

年 月 日

3 その他届出事項

後掲の表記載のとおり

(その2)

陽電子断層撮影診療用放射性同位元素	放 射 性 同 位 元 素 の 種 類	No.①	No.②	No.③
	形 状			
	年間使用予定数量	B q	B q	B q
	最大貯蔵予定数量	B q	B q	B q
	1日最大使用予定数量	B q	B q	B q
	3月間最大使用予定数量	B q	B q	B q

※ 放射性同位元素の種類が多数にわたる場合には、その種類ごとに上記事項を記載し、別紙により提出してください。

陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室	陽電子診察室	診察室の名称		
		使用室の構造 (※ 耐火構造、不燃材料又はその他の別を記載してください。)		
		画壁外側における実効線量 (※ 最大値を記載してください。単位：mSv/週)		
		通常使用出入口の数（1箇所）	適・否	適・否
		壁床等仕上	適・否	適・否
		汚染するおそれのある部分の突起物、くぼみ	適・否	適・否
		仕上材の目地等のすきま	適・否	適・否
		平滑で浸透しにくく腐食しにくい材料	適・否	適・否
		使用室の標識	有・無	有・無
	陽電子準備室	準備室の名称		
		使用室の構造 (※ 耐火構造、不燃材料又はその他の別を記載してください。)		
		画壁外側における実効線量 (※ 最大値を記載してください。単位：mSv/週)		
		通常使用出入口の数（1箇所）	適 ・ 否	
		壁床等仕上	適 ・ 否	
		汚染するおそれのある部分の突起物、くぼみ	適 ・ 否	
		仕上材の目地等のすきま	適 ・ 否	
		平滑で浸透しにくく腐食しにくい材料	適 ・ 否	
		準備室の洗浄設備	有 ・ 無	
		洗浄設備の排水設備への連結	有 ・ 無	
	陽電子待機室	フード、グローブボックス等の装置の数		
		フード、グローブボックス等の装置の排気設備への連結	有 ・ 無	
		使用室の標識	有 ・ 無	
		待機室の名称		
		使用室の構造 (※ 耐火構造、不燃材料又はその他の別を記載してください。)		
		画壁外側における実効線量 (※ 最大値を記載してください。単位：mSv/週)		
		通常使用出入口の数（1箇所）	適 ・ 否	
		壁床等仕上	適 ・ 否	
		汚染するおそれのある部分の突起物、くぼみ	適 ・ 否	
		仕上材の目地等のすきま	適 ・ 否	
		平滑で浸透しにくく腐食しにくい材料	適 ・ 否	
		使用室の標識	有 ・ 無	
		汚染検査用放射線測定器	有 ・ 無	
		汚染除去器材及び洗浄設備	有 ・ 無	
		更衣設備	有 ・ 無	
		洗浄設備の排水設備への連結	有 ・ 無	
		操作室	適 ・ 否	

(その3)

貯蔵施設	貯蔵方法		
	貯蔵室	貯蔵室の構造（構造、不燃材料又はその他の別の別を記載してください）	
		貯蔵室の開口部（特定防火設備）	適・否
		扉等の外部に通じる部分の鍵等	適・否
		画壁外側における実効線量 （※最大値を記載してください。単位：mSv/週）	
		貯蔵施設の標識	有・無
	貯蔵箱等	貯蔵箱等の構造 （※耐火構造、不燃材料又はその他の別の別を記載してください。）	
		蓋等の外部に通じる部分の鍵等	有・無
		画壁外側における実効線量 （※最大値を記載してください。単位：mSv/週）	
		貯蔵施設の標識	有・無
貯蔵容器	容器外側における実効線量 （※最大値を記載してください。単位：μSv/時）		
	空気を汚染するおそれのある同位元素を入れる容器の気密構造		適・否 適・否
	液体状の同位元素の容器の構造		適・否 適・否
	貯蔵容器の標識		有・無 有・無
	貯蔵する放射性同位元素の種類及び数量の表示		有・無 有・無
運搬容器	容器外側における実効線量 （※最大値を記載してください。単位：μSv/時）		
	空気を汚染するおそれのある同位元素を入れる容器の気密構造		適・否 適・否
	液体状の同位元素の容器の構造		適・否 適・否
	運搬容器の標識		有・無 有・無
	運搬する放射性同位元素の種類及び数量の表示		有・無 有・無
放射線治療病室	放射線治療病室の名称		
	放射線治療病室の構造（壁床等の仕上げ）		適・否 適・否
	画壁外側における実効線量 （※最大値を記載してください。単位：mSv/週）		
	放射線測定器の設置		有・無 有・無
	汚染除去器材、洗浄設備、更衣設備		有・無 有・無
	放射線治療病室の標識		有・無 有・無
	病床数		床 床
廃棄施設	排水設備	排水設備外側における実効線量 （※最大値を記載してください。単位：mSv/週）	
		排水口における排液中濃度低減能力等	適・否
		排液が漏れにくい構造	適・否
		排液が浸透しにくく腐食しにくい材料	適・否
		排液を採取できる（測定できる）構造	適・否
		排液流出調節装置	有・無
		処理槽の上部の開口部の蓋	有・無
		立入禁止のための施設	有・無
		排水設備の標識	有・無
	排気設備	排気施設外側における実効線量 （※最大値を記載してください。単位：mSv/週）	
		排気口における排気中濃度低減能力等	適・否
		人の常時立ち入る場所における空气中濃度低減能力等	適・否
		気体が漏れにくい構造	適・否
		腐食しにくい材料	適・否
		故障等における汚染拡大防止装置	有・無
		排気設備の標識	有・無

(その4)

廃棄施設	保管 廃棄設備	保管廃棄設備外側における実効線量 (※最大値を記載してください。単位：mSv/週)					
		外部との区画					有・無
		外部に通じる部分の閉鎖設備・器具					有・無
		気密構造の保管容器					有・無
		こぼれにくい構造等の保管容器					有・無
		保管廃棄容器の表示					有・無
		保管廃棄設備の標識					有・無
陽電子断層撮影診療用放射性同位元素等の保管廃棄措置							
管理区域	区域外側における実効線量 (※最大値を記載してください。単位：mSv/3月)						
	区域外側における空気中の放射性同位元素の濃度 (※最大値を記載してください。単位：Bq/cm ³)						
	区域外側における汚染物表面の放射性同位元素の密度 (※最大値を記載してください。単位：Bq/cm ²)						
	標識 立入禁止等の措置					有・無 有・無	有・無 有・無
その他	注意事項の掲示(従事者・患者)					有・無	
	敷地内居住区域・敷地境界の実効線量 (※最大値を記載してください。単位：μSv/3月)						
	放射線診療従事者等の被ばく防止					有・無	
	患者の被ばく防止					有・無	
	放射線治療中患者の標識					有・無	
予防措置	使用室で併用するエックス線装置等 その他防護措置(※措置の内容を記載してください。)						
	所定の研修を修了し安全管理に専ら従事する診療放射線技師					有・無	
	放射線の安全管理を目的とした委員会等の設置					有・無	
安全管理を目的とした委員会等の責任者の職・氏名							
元素を使用する医師等	職名・職種	氏名	常勤 非常勤	免許番号 登録年月日	研修修了 の有無	放射線診療に関する経歴	

添付書類

- 1 陽電子診療用放射性同位元素使用室・準備室・貯蔵施設・放射線治療病室・廃棄施設図(使用室、準備室等並びにこれに隣接する室及び上下階の室のほか、院内の廃棄経路等を明示した平面図及び側面図)
- 2 施設の防護に関する検査・測定結果(責任者の所属、職及び氏名を記したものに限る。)又は遮蔽計算書
- 3 管理区域を明示した放射線診療関係施設の平面図
- 4 薬事法(昭和35年法律第145号)第2条第16項に規定する治験の対象とされる薬物について、この届出を行う場合は、治験対象薬物であることを証明できる書面
- 5 陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を使用する医師又は歯科医師のうち、1名以上について、次の事実を証する書類①当該医療機関の常勤職員であること、②陽電子断層撮影診療に関する安全管理責任者であること、③核医学診断の経験を3年有していること、④陽電子断層撮影診療全般に関する所定の研修を修了していること。

注 1) この届出は、個々の陽電子断層撮影診療用放射性同位元素ではなく、診療所としての陽電子断層撮影診療用放射性同位元素全体に関する設置の届けであり、個々の陽電子断層撮影診療用放射性同位元素の新設、廃止等は、診療用エックス線装置等変更届(様式第28号)により届け出てください。

2) 陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室・準備室・貯蔵施設・放射線治療病室・廃棄施設図は、原則として縮尺50分の1以上のものとし、線源から天井、床及び周囲の画壁の外側までの距離(m)並びに防護物の材料及び厚さを記入してください。

様式第27号 (第21条関係)

(診療用放射性同位元素・陽電子断層撮影診療用放射性同位元素) 使用予定届

年 月 日

(あて先) 高崎市長

医療機関所在地

電話 () —

名称

管理者氏名 (印)

医療法第 15 条第 3 項及び医療法施行規則第 28 条第 2 項の規定により、放射性同位元素の使用予定を届け出ます。

[illegible]

様式第 2 8 号（第 2 2 条関係）

診療用エックス線装置等変更届

年 月 日

（宛先）高崎市長

医療機関所在地

電話（ ） —

名 称

管理者氏名 ㊟

医療法第 1 5 条第 3 項及び医療法施行規則第 2 9 条第 1 項（第 2 項）の規定により、診療用エックス線装置等に係る届出事項の変更を届け出ます。

変更事項	☐ 診療用エックス線装置 ☐ 診療用高エネルギー放射線発生装置 ☐ 診療用粒子線照射装置 ☐ 診療用放射線照射装置 ☐ 診療用放射線照射器具 ☐ 放射性同位元素装備診療機器 ☐ 診療用放射性同位元素 ☐ 陽電子断層撮影診療用放射性同位元素	
変更内容	☐ 装置等の追加 ☐ 装置等の更新 ☐ 装置等の廃棄 ☐ 使用室等の変更 ☐ 従事する医師等の変更 ☐ 放射性同位元素の種類及び数量の変更 ☐ 放射線障害に関する構造設備及び予防措置の概要の変更 ☐ その他（ ）	
変更理由		
変更（予定）年月日		年 月 日

添付書類

- 1 変更前後の診療用放射線装置等に係る図（装置等のほか、使用室、隣接室、上下階の室等を明示した平面図及び側面図）
- 2 施設の防護に関する検査・測定結果（責任者の所属、職及び氏名を記したものに限る。）又は遮蔽計算書
- 3 管理区域を明示した放射線診療関係施設の平面図
- 4 変更する装置等の概要（設置届に係る様式中の表）及び医療機関における装置等一覧（別紙 1 から別紙 8 まで）

注 1）この届出は、変更し、又は変更しようとする診療用放射線装置等の種類ごとに、個々の装置等ではなく、診療所としての装置等全体に係る変更（追加、更新、一部廃棄等）として届け出てください。

2）変更事項及び変更内容の概要については、当該装置等の設置届に係る別記様式中の表により、当該装置等の変更前後の状況を作成して添付してください。

3）変更以外の装置等については、別紙 1 から 8 までにより診療所における装置等全体の状況を届け出てください。

4）変更事項及び変更内容については、該当の項目の□を■で示してください。

別紙 1

診療用エックス線装置

番号	製作者	形式	製造年月	医療用具承認番号	定格出力	エックス線管の数	用途	使用室	備考
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

注 1) 用途については、一般撮影、透視、C T等の別を記載してください。
 2) 備考欄には、今回変更のあった内容（追加、更新等）を記載してください。

別紙 2

診療用高エネルギー放射線発生装置

番号	製作者	形式	製造年月	医療用具承認番号	定格出力	使用室	備考
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

注 備考欄には、今回変更のあった内容（追加、更新等）を記載してください。

別紙 3

診療用粒子線照射装置

番号	製作者	形式	製造年月	医療用具承認番号	定格出力	使用室	備考
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

注 備考欄には、今回変更のあった内容（追加、更新等）を記載してください。

別紙 4

診療用放射線照射装置

番号	製作者	形式	製造年月	医療用具承認 番号	放射性同位元 素の種類	数量	使用室	備考
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

注 備考欄には、今回変更のあった内容（追加、更新等）を記載してください。

別紙 5

診療用放射線照射器具

番号	放射性同位元素の種類	形式	医療用具承認番号	個数	1 個当たりの数量	合計数量	使用室	備考
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

注 備考欄には、今回変更のあった内容（追加、更新等）を記載してください。

別紙 6

放射性同位元素装備診療機器

番号	製作者名	形式	製造年月	医療用具承認 番号	放射性同位元 素の種類	数量	使用室	備考
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

注 備考欄には、今回変更のあった内容（追加、更新等）を記載してください。

別紙 7

診療用放射性同位元素

番号	放射性同位元素 の種類	形状	年間使用予定量	最大貯蔵予定数 量	1 日最大使用予 定数量	3 月間最大使用 予定数量	備考
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

注 備考欄には、今回変更のあった内容（追加、更新等）を記載してください。

別紙 8

陽電子断層撮影診療用放射性同位元素

番号	放射性同位元素 の種類	形状	年間使用予定量	最大貯蔵予定数量	1 日最大使用予定数量	3 月間最大使用 予定数量	備考
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

注 備考欄には、今回変更のあった内容（追加、更新等）を記載してください。

別紙 1

診療用エックス線装置

番号	製作者	形式	製造年月	医療用具承認番号	定格出力	エックス線管の数	用途	使用室	備考
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

- 注 1) 用途については、一般撮影、透視、C T等の別を記載すること。
- 2) 備考欄には、今回変更のあった内容（追加、更新等）を記載すること。

別紙2

診療用高エネルギー放射線発生装置

番号	製作者	形式	製造年月	医療用具承認番号	定格出力	使用室	備考
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

注 備考欄には、今回変更のあった内容（追加、更新等）を記載すること。

別紙3

診療用粒子線照射装置

番号	製作者	形式	製造年月	医療用具承認番号	定格出力	使用室	備考
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

注 備考欄には、今回変更のあった内容（追加、更新等）を記載すること。

別紙 4

診療用放射線照射装置

番号	製作者	形式	製造年月	医療用具承認 番号	放射性同位元 素の種類	数量	使用室	備考
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

注 備考欄には、今回変更のあった内容（追加、更新等）を記載すること。

別紙 5

診療用放射線照射器具

番号	放射性同位元素の種類	形式	医療用具承認番号	個数	1 個当たりの数量	合計数量	使用室	備考
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

注 備考欄には、今回変更のあった内容（追加、更新等）を記載すること。

別紙6

放射性同位元素装備診療機器

番号	製作者名	形式	製造年月	医療用具承認 番号	放射性同位元 素の種類	数量	使用室	備考
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

注 備考欄には、今回変更のあった内容（追加、更新等）を記載すること。

別紙 7

診療用放射性同位元素

番号	放射性同位元素の種類	形状	年間使用予定量	最大貯蔵予定数量	1日最大使用予定数量	3月間最大使用予定数量	備考
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

注 備考欄には、今回変更のあった内容（追加、更新等）を記載すること。

別紙 8

陽電子断層撮影診療用放射性同位元素

番号	放射性同位元素の種類	形状	年間使用予定量	最大貯蔵予定数量	1 日最大使用予定数量	3 月間最大使用予定数量	備考
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

注 備考欄には、今回変更のあった内容（追加、更新等）を記載すること。

様式第 29 号（第 23 条関係）

診療用エックス線装置等廃止届

年 月 日

（宛先）高崎市長

医療機関所在地

電話（ ） —
名 称
管理者氏名 ㊞

医療法第 15 条第 3 項及び医療法施行規則第 29 条第 1 項（第 3 項）の規定により、診療用エックス線装置等の廃止を届け出ます。

廃止理由		
廃止した装置等	以下の装置等について別添の表記載のとおり ☐ 診療用エックス線装置 ☐ 診療用高エネルギー放射線発生装置 ☐ 診療用粒子線照射装置 ☐ 診療用放射線照射装置 ☐ 診療用放射線照射器具 ☐ 放射性同位元素装備診療機器 ☐ 診療用放射性同位元素 ☐ 陽電子断層撮影診療用放射性同位元素	
廃 止 年 月 日	年 月 日	

添付書類

- 1 廃止する診療用放射線装置等に係る平面図
- 2 廃止する装置等一覧（診療用エックス線装置等変更届（様式第 28 号）の別紙 1 から別紙 8 までのうち該当するもの）

注 1）この届出は、廃止した診療用放射線装置等の種類ごとに、個々の装置等ではなく、診療所としての装置等全体に係る廃止を届け出てください。

2）廃止した装置等の概要については、診療用エックス線装置等変更届（様式第 28 号）の別紙により作成して添付してください。

3）廃止した装置等については、該当の項目の□を■で示してください。

様式第 3 0 号（第 2 4 条関係）

診療用放射性同位元素・陽電子断層撮影診療用放射性同位元素廃止後措置届

年 月 日

（宛先）高崎市長

医療機関所在地

電話（ ） —

名 称

管理者氏名 ㊟

医療法第 1 5 条第 3 項及び医療法施行規則第 2 9 条第 3 項の規定により、（診療用放射性同位元素・陽電子断層撮影診療用放射性同位元素）の廃止後措置を届け出ます。

廃止年月日	年 月 日	
放射性同位元素による汚染を除去した措置の概要	汚染を除去した場所等	除 去 の 方 法 ・ 措 置 の 概 要
放射性同位元素により汚染された物の譲渡又は廃棄した措置の概要	譲 渡 又 は 廃 棄 し た 措 置 の 概 要	
	譲渡した相手先・譲渡条件等の概要	廃棄方法・廃棄業者に委託した場合の業者名
措置年月日	年 月 日	

施設使用承諾書

_____ (以下「甲」という。) は、甲の従業員のインフルエンザ
予防接種〔又は、従業員の労働安全衛生法に基づく定期健康診断〕を実施するために、
医師 _____ (以下「乙」という。) が甲の建物（高崎市 _____ 町
_____）内の _____ に診療所を開設する
に際し、下記日時に限り乙に対して無償〔又は、有償（1日 _____ 円）〕で提供する
ことを承諾する。（様式中の不要な文字を削除してください。）

施設使用日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ ）
_____ 時 _____ 分 ～ _____ 時 _____ 分

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

甲 事業所名

所在地

代表者名

㊞

乙 住所

氏名

㊞

高崎市保健所保健医療総務課
医事薬事担当
027-381-6111（直通）