**病　　院**

**許可**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 根拠法令等 | | 様式番号 | ﾍﾟｰｼﾞ |
| 病院開設許可申請 | 法７－１ | 則１の１４ | 病 様式１ | １ |
| 病院建物の構造設備・平面図変更許可申請 | 法７－２ | 則1の１４－３ | 病 様式２ | １１ |
| 病院病床数変更許可申請 | 法７－２ | 則1の１４－３ | 病 様式３ | ２０ |
| 病院病床種別変更許可申請 | 法７－２ | 則1の１４－３ | 病 様式４ | ２４ |
| 病院従業者定員変更許可申請 | 法７－２ | 則1の１４－３ | 病 様式５ | ２９ |
| 病院敷地面積・平面図変更許可申請 | 法７－２ | 則1の１４－３ | 病 様式６ | ３１ |
| 病院開設目的・維持方法変更許可申請 | 法７－２ | 則1の１４－３ | 病 様式７ | ３４ |
| 病院管理免除許可申請 | 法１２－１ | 則８ | 病 様式８ | ３５ |
| 病院医師宿直免除申請 | 法１６ |  | 病 様式９ | ３７ |
| 病院専属薬剤師設置免除許可申請 | 法１８ | 則７ | 病 様式10 | ３８ |
| 病院建物使用許可申請 | 法２７ |  | 病 様式11 | ３９ |

**届出**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | | 根拠法令等 | | 様式番号 | ﾍﾟｰｼﾞ |
| 病院開設届 | | 令４の２－１ | 則３ | 病 様式12 | ４８ |
| 病院休止届 | | 法８の２－２ |  | 病 様式13 | ５２ |
| 病院再開届 | | 法８の２－２ |  |
| 病院廃止届 | | 法９－１ |  | 病 様式14 | ５３ |
| 病院開設者死亡（失そう宣告）届 | | 法９－２ |  | 病 様式15 | ５４ |
| 病院開設届出事項変更届 | |  |  | 病 様式16 | ５５ |
|  | 病院名称変更届 | 令４－１ | 則1の１４－４ |
| 病院診療科目変更届 | 令４－１ | 則1の１４－４ |
| 病院開設者住所・氏名変更届 | 令４－１ | 則1の１４－４ |
| 定款、寄附行為、条例の変更 | 令４－１ | 則1の１４－４ |
| 病院管理者住所・氏名変更届 | 令４の２－２ |  |
| 病院診療日・診療時間変更届 | － |  |
| 病院の住居表示の改称届 | － |  |
| 病院病床数変更届 | | 法７－２ | 則1の１４－３ | 病 様式17 | ５８ |
| 病院建物使用前自主検査申請  （検査結果の届出書） | | － |  | 病 様式18 | ６１ |

※ 法・令・則：医療法・施行令・施行規則

**その他（参考）**

|  |  |
| --- | --- |
| 区 分 | ﾍﾟｰｼﾞ |
| 許可取消願　　申請取下げ願 | ６３ |
| 審査表 | ４５ |
| 病院使用前検査実施表 | ４６ |

病　様式１

**病院開設許可申請**

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事　様

開設者住所

（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：　　　）

次のとおり病院を開設したいので、医療法第７条第１項の規定に基づき申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ |  |  | | | | | | | | | | | | | |
| ２ | 病院の所在地 | 〒　　　－  TEL　　　-　　　-　　　　　FAX　　　-　　　- | | | | | | | | | | | | | |
| ３ | 病　　床　　数 | 一　般 | |  | 床 | ・療　養 | |  | | | 床 | ・精　神 | |  | 床 |
| 結　核 | |  | 床 | ・感染症 | |  | | | 床 |  | | | |
| ４ | 診療日・診療時間 | 日　月　火　水　木　金　土　（午後休診：日　月　火　水　木　金　土）  時　　分～　　　時　　分，　　　時　　分～　　　時　　分  祝日 | | | | | | | | | | | | | |
| ５ | ※ 診 療 科 目 |  | | | | | | | | | | | | | |
| ６ | 管　　理　　者 | 氏名 |  | | | | 免許 | | | 年 月 日 | | | 号 | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | |
| 臨床研修等修了について  ※該当する□内に「**✔**」を記入する | | | | | | | □ 臨床研修等修了登録証取得年月日  　　 平成　　　年　　月　　 日 | | | | | | |
| □ 経過措置該当 | | | | | | |
| ７ | 開設予定年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| ※ 兵庫県収入証紙　４１，０００　円 |

注）提出部数は、管轄健康福祉事務所又は所管市保健所（神戸市においては各区役所医務所管課）へ

３部提出すること。

※１　原則、許可後の許可事項の変更は認めてないので、十分留意のうえ作成すること。

２　病院開設許可手数料は、使用料及び手数料徴収条例に基づき、兵庫県収入証紙（41,000円）を１部に貼付すること。　(※ 申請書下欄又は、申請書裏面に貼付のこと)

３　診療科目について、平成20年４月１日以降、「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」は標榜出来ないので留意すること。

４　管理者の臨床研修等修了登録について、医師では平成16年3月31日以前に免許を取得している場合、歯科医師では平成18年3月31日以前に取得している場合は、経過措置があるため、臨床研修修了登録証の写しは不要。

５　従業者の定員は、予定入院患者数及び予定外来患者数から算出し、病院が確保しようとする数を記載すること。このとき非常勤者は、常勤換算し端数切り上げの整数とし、常勤者との和を記載すること。ただし、医療法で定める従業者員数を下回らないこと。

（添付書類）

　　　１　開設者・管理者の免許証の写し及び臨床研修等修了登録証の写し（保健所の原本照合が必要）、履歴書を添付のこと。ただし医師又は歯科医師以外の開設の場合は、開設者の免許証の写し、履歴書は不要。

　　　２　開設者が医療法人の場合は定款（寄附行為）の写し、なお法人成りの場合のみ履歴事項全部証明書を添付すること。また、開設者が地方公共団体の場合は、当該病院の設置条例の写しを添付すること。

　　　３　敷地平面図、各階毎の建物の平面図、敷地周辺の見取図、土地の公図、登記簿等を添付すること。なお、各階毎の建物の平面図については、室名又は用途、内法による面積(病室ならびに療養病床にかかる機能訓練室、食堂、談話室に限る)、患者使用廊下の手すり内法による幅員、屋内直通階段の手すり内法による幅員、階段の蹴上げ、踏面を記載すること。

４　土地、建物が賃貸借の場合は、賃貸借契約書の写しを添付すること。また、建物移転等新規建築の場合は、工事請負契約書の写し等発注者が確認できる書類を添付すること。

　　　５　手術室の詳細図を添付すること。詳細図については、患者、スタッフ、機材搬送の動線の記載及び清潔・準不潔・不潔区域を明示すること。

　　　６　厨房の詳細図を添付すること。詳細図については、スタッフ、食材、配膳、下膳、厨房から病室に至る動線の記載及び清潔・不潔区域を明示すること。

　　　７　エックス線診療室については、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を添付のこと。また、管理区域の詳細図、遮蔽計算書、遮蔽計算図を添付すること。

８　 診療用放射性同位元素及び陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を備える場合は、排気施設、排水施設の詳細図を添付すること。

９　放射線障害防止法に基づき原子力規制委員会へ申請した場合は、申請書の写しを添付すること。

10　高エネルギー放射線発生装置を備えたときは高周波利用設備許可申請書の写し（総務省近畿総合通信局）を添付すること。

11　ＭＲＩ（磁気共鳴画像装置）の設置については、ＭＲＩ使用室の詳細図、高周波利用設備許可申請書の写し（総務省近畿総合通信局）、磁気強度分布図（５ガウスライン識別表示）及び漏洩磁場測定結果の写し（測定結果判明後で可）を添付すること。

　　　12　当該病院の汚水を公共用水域に排出する場合は、医則第１条の14第２項に基づく書類を添付すること。

13　その他開設に関する必要書類

（その他必要書類）

　　　１　一日平均（予定）の外来患者数（耳鼻咽喉科、眼科、精神科、歯科は別掲）、入院患者数（病床種別毎に記載）、外来処方箋枚数を一覧表にして提出すること。

　　　２　診察室別の診療科目一覧を提出すること。

３　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。(医師・歯科医師については、担当診療科目を記載すること)

４　医療従事者名簿を添付すること。

５　エックス線撮影装置（放射線治療装置等含む。）の一覧を提出すること。

６　麻酔科を標榜する場合、麻酔科標榜許可証の写しを添付すること。

病院開設許可申請添付書類チェックリスト

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 添　付　書　類 | 添付の有無 | 備　　　　　　　考 |
| 開設者・管理者の免許証、臨床研修修了登録証の写し（健康福祉事務所（保健所）の原本照合が必要） | □ 有　　□ 無 | 医師又は歯科医師以外が開設する場合、開設者の免許証の写し、履歴書は不要 |
| 履歴書 | □ 有　　□ 無 |
| 定款（寄附行為）の写し | □ 有　　□ 無 | 開設者が医療法人（社会福祉法人）等の場合 |
| 履歴事項全部証明書 | □ 有　　□ 無 | 法人成りの場合のみ |
| 当該病院の設置条例の写し | □ 有　　□ 無 | 開設者が地方公共団体の場合 |
| 敷地・建物の平面図  ※建物は各階ごとの平面図 | □ 有　　□ 無 | ①室名又は用途、②各部屋の内法面積(病室、機能訓練室、食堂、談話室に限る)、③患者使用の廊下幅員（手すり内法）、④屋内階段幅員（手すり内法）、蹴上げ、踏面 |
| 敷地周辺の見取図 | □ 有　　□ 無 |  |
| 土地の公図 | □ 有　　□ 無 |  |
| 土地登記簿 | □ 有　　□ 無 |  |
| 賃貸借契約書の写し | □ 有　　□ 無 | 土地、建物が賃貸借の場合 |
| 工事請負契約書の写し等発注者が確認できる書類 | □ 有　　□ 無 | 建物移転等新規建築の場合 |
| 手術室の詳細図 | □ 有　　□ 無 | 患者、スタッフ、機材搬送の動線の記載及び清潔・準不潔・不潔区域を明示 |
| 厨房の詳細図 | □ 有　　□ 無 | スタッフ、食材、配膳、下膳、厨房から病室に至る動線の記載及び清潔・不潔区域を明示 |
| 管理区域を明示した平面図  （上下階を含む） | □ 有　　□ 無 | 管理区域を朱線、管理区域の上下を朱破線で囲む |
| 排気施設、排水施設の詳細図 | □ 有　　□ 無 | 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又は放射性同位元素を備える場合 |
| 原子力規制委員会への申請書の写し | □有  □無（使用許可時添付） | 放射性障害防止法に基づき原子力規制委員会へ申請した場合 |
| 磁気強度分布図  （５ガウスライン識別表示） | □有  □無（使用許可時添付） | ＭＲＩ装置を設置する場合 |
| 高周波利用設備許可申請書の写し  （総務省近畿総合通信局） | □有  □無（使用許可時添付） | 高エネルギー放射線発生装置を備える場合  ＭＲＩ装置を設置する場合 |
| 当該病院の汚水を公共用水域に排出する場合は、医則第１条の14第２項に基づく書類 | □有  □無（不要） |  |
| 一日平均（予定）の外来患者数、入院患者数、外来処方箋枚数の一覧表 | □ 有　　□ 無 |  |
| 診察室別の診療科目一覧 | □ 有　　□ 無 |  |
| 医療従事者のそれぞれ常勤、非常勤（常勤換算）の人数 | □ 有　　□ 無 | 医師・歯科医師・薬剤師・看護師・准看護師・助産師・看護補助者・管理栄養士(栄養士)・歯科衛生士 |
| 医師・歯科医師・看護師・薬剤師の勤務体制を一覧表 | □ 有　　□ 無 |  |
| 医療従事者名簿 | □ 有　　□ 無 | 採用が決まっていない場合は、予定人数をして「採用予定」と記載する |
| 医療従事者免許証の写し  （原本照合は不要） | □有  □無（使用許可時添付） |  |
| エックス線撮影装置（放射線治療装置等含む。）の一覧 | □ 有　　□ 無 |  |
| 麻酔科標榜許可証 | □ 有　　□ 無 | 麻酔科を標榜する場合 |

８　開設者に関する事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 種　別 | 個人　　　医療法人　　　公共団体　　　その他（　　　　　　　　） | |
| 個　人 | 現に（ 開設 ・ 管理 ・ 勤務 ）している医療機関 | |
| 名　　　称 |  |
| 所　在　地 |  |
| 本申請に係る  病院の開設時の対応 |  |
| 法人等 | 開設の目的 |  |
| 維持の方法 |  |
| 定款・寄附行為・条例等 | （別紙のとおり） |

９　従業者の定員

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※従業者の定員と  開設時予定人員 | 医　　師 | 歯科医師 | 薬 剤 師 | 看 護 師 | 准看護師 | 助 産 師 | 看護補助者 | 管理栄養士(栄養士) | 診療放射線技師 | 歯科技工士 | 歯科衛生士 | 臨床検査技師 | 理学療法士 | 作業療法士 | 事 務 員 | そ の 他 | 計 |
| 定　員（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 開設時予定人員（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

10　敷地の面積等（敷地図面を添付すること）

|  |  |
| --- | --- |
| 敷地面積（㎡） | （　登記　・　実測　） |
| 用途地域の種類 |  |
| 防火地域の種類 |  |
| 周辺の状況 | 交通機関 |

11　建物の構造概要等（配置図・各階平面図を添付すること）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 建築面積（㎡） |  | | | | | | | | |
| 建物延床面積(㎡) |  | | | | | | | | |
| 主要建物の構造 | 造　　　　　　　　　階建 | | | | | | | | |
| その他の概要  ※電気、熱、ガス、給排水、空調、消火・防災等の主要な設備の設置状況 | 電気設備：  自家発電装置：　　有　・　無　（設置階　　　　　）  ガス設備：  給排水設備：  空調設備：  消火・防災設備： | | | | | | | | |
| 階段の  構造概要 | 図面上の名称 | | 幅  (m) | 蹴上げ(m) | | 踏面  (m) | 踊場  (m) | | 避難階段  (該当・非該当) |
|  | |  |  | |  |  | | 該当　・　非該当 |
|  | |  |  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |  | |  |
| 患者の使用する廊下の幅  （手すり内法） | 片廊下 | 階　　　　　 m  　　　階　　　　　 m  　　　階　　　　　 m  　　　階　　　　　 m  　　　階　　　　　 m | | | 両側に居室のある廊下 | | | 階　　　　　 m  　　　階　　　　　 m  　　　階　　　　　 m  　　　階　　　　　 m  　　　階　　　　　 m | |

12　エックス線装置等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 別紙「エックス線装置一覧」及び「管理区域の詳細図」、「遮蔽計算書」、「遮蔽計算図」を添付すること。  （注１）院内全ての装置（歯科の装置を含む）を別紙「エックス線装置一覧」に記載すること。 | | | |
| 診療用エックス線装置（注１） | 有 ・ 無 | 診療用高エネルギー放射線発生装置 | 有 ・ 無 |
| 診療用粒子線照射装置 | 有 ・ 無 | 診療用放射線照射装置 | 有 ・ 無 |
| 診療用放射線照射器具 | 有 ・ 無 | 放射性同位元素装備診療機器 | 有 ・ 無 |
| 診療用放射性同位元素（ＲＩ） | 有 ・ 無 | 陽電子断層撮影診療用放射性同位元素 | 有 ・ 無 |

13　法定施設等の構造設備の概要（作成にあたり、適宜、行を加除すること。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診察室 | 図面上の室名 | | | 階　数 | 診療科名 | | | | | | 暖房方法 |
|  | | |  |  | | | | | |  |
|  | | |  |  | | | | | |  |
|  | | |  |  | | | | | |  |
|  | | |  |  | | | | | |  |
| 処置室 | 図面上の室名 | | | 階　数 | 診療科名 | | | | | | 暖房方法 |
|  | | |  |  | | | | | |  |
|  | | |  |  | | | | | |  |
|  | | |  |  | | | | | |  |
|  | | |  |  | | | | | |  |
| 手術室 | 図面上の室名 | | | 階　数 | 準備室 | | | | 中央材料室 | | |
|  | | |  | 有・無 | | | | 有・無 | | |
|  | | |  |
|  | | |  |
| 調剤所 | 図面上の室名 | | | 階　数 | 施錠設備 | 冷暗所 | | 調剤に必要な器具 | | | |
|  | | |  | 有・無 | 有・無 | |  | | | |
| 施設名 | | | 図面上の室名 | | | | 階　数 | | | 外部委託 | |
| 臨床検査施設 | | 有・無 |  | | | |  | | | 有・無 | |
|  | | | |  | | |
| 消毒施設 | | 有・無 |  | | | |  | | | 有・無 | |
| 洗濯施設 | | 有・無 |  | | | |  | | | 有・無 | |
| 給食施設 | | 有・無 |  | | | |  | | | 有・無 | |
| 保健所等への相談状況 | 年　　月　　日　保健所及び対応者名： | | | | | | | | |

※療養病床を有する場合

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 | 図面上の室名 | 床面積（㎡） | 設備器具（主な機器・器具） |
| 機能訓練室 |  |  |  |
|  |  |  |
| 患者用食堂 |  |  |  |
|  |  |  |
| 浴　室 |  |  |  |
|  |  |  |
| 談話室 | 図面上の室名 | 床面積（㎡） | 専用・（患者用食堂との）共用 |
|  |  | 専用　・　共用 |
|  |  | 専用　・　共用 |

※産婦人科又は産科を標榜する病院の場合

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設名 | 図面上の室名 | 階数 |
| 分娩室 |  |  |
|  |  |
| 新生児  入浴施設 |  |  |
|  |  |

※歯科技工室を設けようとする場合

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 図面上の室名 | 階数 | 換気設備 | 防塵設備 | 防火設備 | 設備の概要 |
|  |  |  |  |  |  |

病　室　一　覧

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 14　　　　　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  (病床種別等) |
| (㎡) | (㎡) | (㎡) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 | 室 |  | (1/7) | (1/20) |  |  |  |

注）１　各病棟（看護単位）毎に作成し、病床数を計欄に記載すること。

２　床面積は、移動できない家具等を除外した内法で測定し、面積は小数点以下第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。

別紙　「エックス線装置一覧」

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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わ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。

２　型式には高電圧発生器の名称を記載すること。

**履歴書**

本　籍　　　　　　　都・道・府・県

現住所

大正

昭和　　　年　　月　　日生

平成

免許証登録番号　　第　　　　　　　　号

登録年月日　　　　　年　　月　　日

臨床研修修了登録年月日　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 年　月　日 | 学歴（高等学校卒業以降）・職歴・賞罰（各別にまとめて書く） |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |

注）１　免許証の写し（Ａ４サイズ）を添付すること。また原本を持参し、健康福祉事務所（保健所）職員の照合を受けること。

　　２　臨床研修修了登録証の写し（Ａ４サイズ）を添付すること。また原本を持参し、健康福祉事務所（保健所）職員に提示すること。

病　様式２

**病院建物の構造設備・平面図変更許可申請**

令和　　年　　月　　日

　兵庫県知事（兵庫県　　　　県民局長）様

開設者住所

（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の構造設備・平面図を変更したいので、医療法第７条第２項の規定に基づき申請します

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ |  |  | | | |
| ２ | 病院の所在地 | 〒　　　－  TEL　　　-　　　-　　　　　FAX　　　-　　　- | | | |
| ３ | 変更の種別  ※左記のうち該当するもの全てに  ○印を付すこと。 | １．取壊・増築（病院の延床面積の増減） | | | |
| 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、機器や装置等を入れ替えるもの） | | | |
| ４ | 延床面積  ※病院全体で記載し増減  がなければ変更前のみ  記載すること。 | 延床面積（ｍ2） | 変更前  （a） | 変更面積（b）  取り壊し、増築に伴う増減 | 変更後  （a±b） |
|  |  |  |
| ５ | 変更の理由 |  | | | |
| ６ | 変更予定年月日  ※工事着工予定日を記載すること | 令和　　　年　　　月　　　日予定 | | | |

注）１　提出部数は、医療機関の所在地が県健康福祉事務所の場合は２部、政令市保健所の場合は３部提出すること。

２　原則、許可後の許可事項の変更は認めてないので、十分留意のうえ作成すること。

３　病室の変更の場合は、病室一覧（全階）及び変更のある階の変更前・変更後の病室一覧を作成すること。

（添付書類）

１　変更しようとする階の平面図（変更前、変更後）を添付し、それぞれ変更前を青線、変更後を朱線で枠囲みし明示すること。

２　手術室の変更の場合は変更後の詳細図を添付すること。詳細図については、患者、スタッフ、機材搬送の動線の記載及び清潔・準不潔・不潔区域を明示すること。

　　３　厨房変更の場合は変更後の詳細図を添付すること。詳細図については、スタッフ、食材、配膳、下膳、厨房から病室に至る動線の記載及び清潔・不潔区域を明示すること。

　　４　エックス線診療室(エックス線装置の入替え・追加･撤去を含む)の変更の場合は、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を添付のこと。また、管理区域の詳細図、遮蔽計算書、遮蔽計算図を添付すること。

　　　※変更後のエックス線装置等一覧(別紙)を記載すること。

５　診療用放射性同位元素及び陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を備える場合は、排気施設、排水施設の詳細図を添付すること。

６　放射線障害防止法に基づき原子力規制委員会へ申請した場合は、申請書の写しを添付すること。

　※変更に伴い放射線障害防止法の変更許可手続きが必要な場合も変更申請書の写しを添付すること。

７　高エネルギー放射線発生装置を備えるときは、高周波利用設備許可申請書の写し（総務省近畿総合通信局）を添付すること。

８　ＭＲＩ（磁気共鳴画像装置）の設置については、ＭＲＩ使用室の詳細図、高周波利用設備許可申請書の写し（総務省近畿総合通信局）、磁気強度分布図（５ガウスライン識別表示）及び漏洩磁場測定結果の写し（測定結果判明後で可）を添付すること。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ７　　　　法　　　定　　　設　　　備　　　※左記の法定設備に変更がある場合に記入すること | 施設名 | | 図面上の名称 | 変更の  種別 | 主な設備・器具 | 備考（手術室・給食施設について構造概要（壁・床・天井材質等）を記載） |
| 診察室 | 変更前 |  |  |  |  |
| 変更後 |  |  |  |
| 手術室※１ | 変更前 |  |  |  |  |
| 変更後 |  |  |  |
| 処置室 | 変更前 |  |  |  |  |
| 変更後 |  |  |  |
| 臨床検査  施設※２ | 変更前 |  |  |  |  |
| 変更後 |  |  |  |
| 調剤所 | 変更前 |  |  |  |  |
| 変更後 |  |  |  |
| 給食施設※３ | 変更前 |  |  |  |  |
| 変更後 |  |  |  |
| 分娩室※４ | 変更前 |  |  |  |  |
| 変更後 |  |  |  |
| 新生児入浴  施設※４ | 変更前 |  |  |  |  |
| 変更後 |  |  |  |

※１　手術室は、「外科、整形外科、形成外科、美容外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、産科、婦人科、眼科、耳鼻いんこう科」のいずれかの診療科目、若しくは「歯科医業の診療科のみ」を診療科名とする病院」は必須

　２　臨床検査施設は、法第１５条の３第１項の規定により検体検査の業務を委託する場合は設けないことができる。

　３　給食施設は、法第１５条の３第２項の規定により調理業務又は洗浄業務を委託する場合は設けないことができる。

４　分娩室、新生児入浴施設については、「産婦人科、産科」のいずれかの診療科目を有する場合は必須

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ８　　法　定　設　備　　　※療養病床に係る関係施設に変更がある場合 | 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 | 変更前 |  |  |  | | |
| 変更後 |  |  |  | | |
| 食　　堂 | 変更前 |  |  |  | | |
| 変更後 |  |  |  | | |
| 浴　　室 | 変更前 |  |  | （浴槽の概要） | | |
|  | | |
| 変更後 |  |  |  | | |
| 談話室 | 変更前 | 専　用　・　食堂との共用 | | 床面積 |  | m2 |
| 変更後 | 専　用　・　食堂との共用 | | 床面積 |  | m2 |

廊下の構造概要

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 廊下 | 幅（m） | | 手すりの有無 | |
| （種別・階数・図面上の名称）  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。

階段の構造概要

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 図面上の名称 | | 幅(m) | 蹴上げ(m) | 踏面(m) | 踊場(m) | 避難階段  (該当・非該当) |
|  | 変更前 |  |  |  |  | 該当・非該当 |
| 変更後 |  |  |  |  | 該当・非該当 |
|  | 変更前 |  |  |  |  | 該当・非該当 |
| 変更後 |  |  |  |  | 該当・非該当 |
|  | 変更前 |  |  |  |  | 該当・非該当 |
| 変更後 |  |  |  |  | 該当・非該当 |
|  | 変更前 |  |  |  |  | 該当・非該当 |
| 変更後 |  |  |  |  | 該当・非該当 |

診察室一覧

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 室　　　名 | 診療科目 | 担当医師 | 診療日･診療時間 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ９　エックス線装置 | 用　　途 | | メーカー | | 型式 | 定格出力 | 備　　考 |
| （変更前） | |  | |  |  |  |
| （変更後） | |  | |  |  |  |
| ※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 | | | | | | |
| 10　　　　　諸　　　施　　　設　　　の　　　構　　　造　　　概　　　要 | 用途・室名・番号 | 変更の種別  ※当該番号を選択 | | 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） | |
| （変更前） | １　取壊・増築  ２　改築  ３　用途変更  (室名変更)  ４　機器入替 | |  | |  | |
|  |
| （変更後） |  | |  | |
|  |
|  |  | |  | |  | |

※ 変更の種別の欄は、「３．変更の種別」の分類にしたがって記載すること。

病　室　一　覧（変更前）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 11　　　　　　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・廊下幅等） |
| (㎡) | (㎡) | (㎡) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 | 室 |  | (1/7) | (1/20) |  |  |  |

注）１　変更する項目を青線で囲み込むこと。

２　病棟（看護単位）毎に病床数を計欄に記載すること。

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

４　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。

５　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。

６　変更がない病棟についても作成すること。

病　室　一　覧（変更後）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 11　　　　　　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・廊下幅等） |
| (㎡) | (㎡) | (㎡) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 | 室 |  | (1/7) | (1/20) |  |  |  |

注）１　変更する項目を朱線で囲み込むこと。

２　病棟（看護単位）毎に病床数を計欄に記載すること。

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

４　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。

５　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。

６　変更がない病棟についても作成すること。

（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　型式には高電圧発生器の名称を記載すること。

病　様式３

**病院病床数変更許可申請**

令和　　年　　月　　日

　兵庫県知事（兵庫県　　　　県民局長）様

開設者住所

（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：　　　）

次のとおり病院の病床数を変更したいので、医療法第７条第２項の規定に基づき申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ |  | |  | | | | | |
| ２ | 病院の所在地 | | 〒　　　－  TEL　　　-　　　-　　　　　FAX　　　-　　　- | | | | | |
| ３ | 許可病床数（床） | | 区　　　　分 | | | | | 計 |
| 一　般 | 療　養 | 精　神 | 結　核 | 感染症 |
|  | 変更前 |  |  |  |  |  |  |
| 変更後 |  |  |  |  |  |  |
| ４ | 変更の理由 | |  | | | | | |
| ５ | 変更予定年月日 | | 令和　　　年　　　月　　　日予定 | | | | | |

注）1 この変更許可は、病院全体の許可病床数に増減がある場合に申請すること。

２　病室一覧（全階）及び変更のある階の変更前・変更後の病室一覧を作成すること。

３ 提出部数は、医療機関の所在地が県健康福祉事務所の場合は２部、政令市保健所の場合は３部提出すること。

４ 病床数の減少について、病室の構造設備に変更がある場合は、構造設備・平面図変更許可申請を要する。

５　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）

・全病棟の平面図

・変更のある階の変更前・変更後の病室の平面図を添付し、それぞれ変更前を青線、変更後を朱線で枠囲みし明示すること。

病　室　一　覧（変更前）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ６　　　　　　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・廊下幅等） |
| (㎡) | (㎡) | (㎡) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 | 室 |  | (1/7) | (1/20) |  |  |  |

注）１　変更する項目を青線で囲み込むこと。

２　病棟（看護単位）毎に病床数を計欄に記載すること。

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

４　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。

５　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。

６　変更がない病棟についても作成すること。

病　室　一　覧（変更後）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ６　　　　　　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・廊下幅等） |
| (㎡) | (㎡) | (㎡) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 | 室 |  | (1/7) | (1/20) |  |  |  |

注）１　変更する項目を朱線で囲み込むこと。

２　病棟（看護単位）毎に病床数を計欄に記載すること。

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

４　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。

５　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。

６　変更がない病棟についても作成すること。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ７　　法　定　設　備　　　※療養病床に係る関係施設に変更がある場合 | 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 | 変更前 |  |  |  | | |
| 変更後 |  |  |  | | |
| 食　　　堂 | 変更前 |  |  |  | | |
| 変更後 |  |  |  | | |
| 浴　　　室 | 変更前 |  |  | （浴槽の概要） | | |
|  | | |
| 変更後 |  |  |  | | |
| 談話室 | 変更前 | 専　用　・　食堂との共用 | | 床面積 |  | m2 |
| 変更後 | 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。

病　様式４

**病院病床種別変更許可申請**

令和　　年　　月　　日

　兵庫県知事（兵庫県　　　　県民局長）様

開設者住所

（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：　　　）

次のとおり病床種別を変更したいので、医療法第７条第２項の規定に基づき申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ |  | |  | | |
| ２ | 病院の所在地 | | 〒　　　－  TEL　　　-　　　-　　　　　FAX　　　-　　　- | | |
| ３ | 許可病床数（床） | | 区　　　　　分 | | 計 |
| 一　　般 | 療　　養 |
|  | 変更前 |  |  |  |
| 変更後 |  |  |  |
| ４ | 変更の理由 | |  | | |
| ５ | 変更予定年月日 | | 令和　　　年　　　月　　　日予定 | | |

注）１　この変更許可は、病院全体の許可病床数に増減がない場合に申請する。

２　病室一覧（全階）及び変更のある階の変更前・変更後の病室一覧を作成すること。

３　提出部数は、医療機関の所在地が県健康福祉事務所の場合は２部、政令市保健所の場合は３部提出すること。

４　精神、結核、感染症については、全県単位の病床数であることから、種別変更の場合は、別途協議を要す。

５　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）

・全病棟の平面図

・変更のある階の変更前・変更後の病室の平面図を添付し、それぞれ変更前を青線、変更後を朱線で枠囲みし明示すること。

６　従業者の現定員及び病床変更後の定員

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 従  業  者 | 医　　師 | 歯科医師 | 薬 剤 師 | 看 護 師 | 准看護師 | 助 産 師 | 看護補助者 | 管理栄養士(栄養士) | 診療放射線技師 | 歯科技工士 | 歯科衛生士 | 臨床検査技師 | 理学療法士 | 作業療法士 | 事 務 員 | そ の 他 | 計 |
| 現定員 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 変更後の定員 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

７　病床種別ごとの１日平均予定入院患者数及び１日平均予定外来患者数等

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入院患者数（人） | | | | | |
| 一般 | 療養 | 精神 | 結核 | 感染症 | 計 |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 外来患者数（人） | 外来処方箋枚数（枚） | |
| 院内処方 | 院外処方 |
|  |  |  |

注）外来処方箋枚数は、院内処方分と院外処方分を個別に記載すること。

病　室　一　覧（変更前）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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・廊下幅等） |
| (㎡) | (㎡) | (㎡) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 | 室 |  | (1/7) | (1/20) |  |  |  |

注）１　変更する項目を青線で囲み込むこと。

２　病棟（看護単位）毎に病床数を計欄に記載すること。

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

４　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。

５　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。

６　変更がない病棟についても作成すること。

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・廊下幅等） |
| (㎡) | (㎡) | (㎡) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 | 室 |  | (1/7) | (1/20) |  |  |  |

注）１　変更する項目を朱線で囲み込むこと。

２　病棟（看護単位）毎に病床数を計欄に記載すること。

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

４　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。

５　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。

６　変更がない病棟についても作成すること。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ９　　法　定　設　備　　　※療養病床に係る関係施設に変更がある場合 | 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 | 変更前 |  |  |  | | |
| 変更後 |  |  |  | | |
| 食　　　堂 | 変更前 |  |  |  | | |
| 変更後 |  |  |  | | |
| 浴　　　室 | 変更前 |  |  | （浴槽の概要） | | |
|  | | |
| 変更後 |  |  |  | | |
| 談話室 | 変更前 | 専　用　・　食堂との共用 | | 床面積 |  | m2 |
| 変更後 | 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。

病　様式５

**病院従業者定員変更許可申請**

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事（兵庫県　　　　県民局長）様

開設者住所

（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：　　　）

次のとおり従業者の定員を変更したいので、医療法第７条第２項の規定に基づき申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２ | 病院の所在地 | | | | | | 〒　　　－  TEL　　　-　　　-　　　　　FAX　　　-　　　- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ３ | ※従業者の定員 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 職 種 | 医　　師 | 歯科医師 | | | 薬 剤 師 | | 看 護 師 | | 准看護師 | | 助 産 師 | 看護補助者 | | 管理栄養士(栄養士) | | 診療放射線技師 | | 歯科技工士 | 歯科衛生士 | | 臨床検査技師 | | 理学療法士 | 作業療法士 | | 事 務 員 | そ の 他 | 計 |
| 変更前 |  |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |
| 変更後 |  |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |
| ４ | 変更の理由 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ５ | 病床種別ごとの１日平均予定入院患者数及び１日平均予定外来患者数等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 入院患者数（人） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 一般 | | | | 療養 | | | | | | 精神 | | | | | 結核 | | | | | 感染症 | | | | | 計 | | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
| 外来患者数（人） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 外来処方箋枚数（枚） | | | |
| 総数 | | | 再　　掲 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 耳鼻いんこう科 | | | | | 眼科 | | | | | 精神科 | | | | 通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ | | | | | 歯科関係 | | |  | | | |
|  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | |

注）１　提出部数は、医療機関の所在地が県健康福祉事務所の場合は２部、政令市保健所の場合は３部提出すること。

２　従業者の定員「現在」欄には、開設時の使用許可の人数、又は前回の病院従業者定員変更許可で許可済みの人数を記載すること。

３　従業者の定員「変更後」欄は、予定人員を記載すること。このとき、非常勤者は常勤換算し端数切り上げの整数とし、常勤者との和を記載すること。ただし、医療法で定める従業者員数を下回らないこと。

４　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)

法に基づく必要従事者数の算定根拠

病　様式６

**病院敷地面積・平面図変更許可申請**

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事（兵庫県　　　　県民局長）様

開設者住所

（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：　　　）

次のとおり病院敷地面積及び平面図を変更したいので、医療法第７条第２項の規定に基づき申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １ |  | |  | |
| ２ | 病院の所在地 | | 〒　　　－  TEL　　　-　　　-　　　　　FAX　　　-　　　- | |
| ３ | 敷地面積 | 変更前 | | ㎡ |
| 変更後 | | ㎡ |
| ４ | 変 更 の 理 由 | |  | |

注）提出部数は、医療機関の所在地が県健康福祉事務所の場合は２部、政令市保健所の場合は３部提出すること。

（添付書類）

・変更前・変更後の敷地平面図

・新たに取得する場合は土地登記事項証明書等の資料を添付すること。

　※賃貸借の場合は、土地登記事項証明書等のほか賃貸借契約書の写し

・土地の公図

・敷地周辺の見取り図

５　敷地面積内の構造物の概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 用　　途　　等 | 変更の種別 | 構　造　概　要 |
| 変更前・変更後 | 増設・撤去 | ア　鉄筋･ｺﾝｸﾘｰﾄ造  イ　ｺﾝｸﾘｰﾄﾌﾞﾛｯｸ又は煉瓦造  ウ　ﾓﾙﾀﾙ張木造造　　　　　　　　　　　　階建  エ　普通木造  オ　その他（　　　　　　） |
| 特記事項 |
| 変更前・変更後 | 増設・撤去 | ア　鉄筋･ｺﾝｸﾘｰﾄ造  イ　ｺﾝｸﾘｰﾄﾌﾞﾛｯｸ又は煉瓦造  ウ　ﾓﾙﾀﾙ張木造造　　　　　　　　　　　　階建  エ　普通木造  オ　その他（　　　　　　） |
| 特記事項 |
| 参考事項 | | |

注）１　敷地内に設置（撤去）した構造物（倉庫、駐車場等）の概要を記載すること。

２　増築等診療の用に供する構造設備の設置（撤去）については、以下の建物の構造概要に記載

すること。

|  |
| --- |
| 敷地面積・敷地平面図 |
| （変更前）  ・敷地面積　　　　　　　㎡  ・敷地平面図 |
| （変更後）  ・敷地面積　　　　　　　㎡  ・敷地平面図 |

注）　敷地平面図は、別添図面を添付してもよい。また、変更部分は、変更前を青線、変更後を朱線で囲むこと。

病　様式７

**病院開設目的・維持方法変更許可申請**

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事（兵庫県　　　　県民局長）様

開設者住所

（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：　　　）

次のとおり病院開設目的及び維持方法を変更したいので、医療法第７条第２項の規定に基づき申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ |  | |  |
| ２ | 病院の所在地 | | 〒　　　－  TEL　　　-　　　　-　　　　FAX　　　-　　　- |
| ３ | 開設目的 | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| ４ | 維持方法 | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| ５ | 変更の理由 | |  |

注）　提出部数は、医療機関の所在地が県健康福祉事務所の場合は２部、政令市保健所の場合は３部提出すること。

（添付書類）

法人にあっては、変更後の定款（寄附行為）又は履歴事項全部証明書病　様式８

**病院管理免除許可申請**

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事（兵庫県　　　　県民局長）様

開設者住所

電 話 －　 － （担当：　　　）

次のとおり開設者による病院管理を免除したいので、医療法第１２条第１項に基づき申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １ |  |  | | |
| ２ | 病院の所在地 | 〒　　　－  TEL　　　-　　　　-　　　　FAX　　　-　　　- | | |
| ３ | 開設者自ら管理  できない理由 |  | | |
| ４ | 管理者にしようとする者 | 住　所 |  | |
| 氏　名 |  | |
| 臨床研修修了登録証等  ※該当する□内に「**✔**」を記入する | | □ 臨床研修修了登録証取得　　 年　 月　 日  □ 経過措置該当 |
| ５ | 管理免除期間 | 令和　　　年　　　月　　　日から令和　　　年　　　月　　　日まで | | |

注）１　提出部数は、医療機関の所在地が県健康福祉事務所の場合は２部、政令市保健所の場合は３部提出すること。

２　管理者にしようとする者が他医療機関等との２か所管理となる場合は認められない。

３　医師では平成16年3月31日以前に免許を取得している場合、歯科医師では平成18年3月31日以前に取得している場合は、経過措置があるため、臨床研修修了登録証の写しは不要。

４　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）

管理者にしようとする者の履歴書及び医師免許証の写し、臨床研修等修了登録証の写し（保健所の原本照合要）

**履歴書**

本　籍　　　　　　　都・道・府・県

現住所

大正

昭和　　　年　　月　　日生

平成

免許証登録番号　　第　　　　　　　　号

登録年月日　　　　　年　　月　　日

臨床研修修了登録年月日　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 年　月　日 | 学歴（高等学校卒業以降）・職歴・賞罰（各別にまとめて書く） |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |

注）１　免許証の写し（Ａ４サイズ）を添付すること。また原本を持参し、健康福祉事務所（保健所）職員の照合を受けること。

　　２　臨床研修修了登録証の写し（Ａ４サイズ）を添付すること。また原本を持参し、健康福祉事務所（保健所）職員に提示すること。

病　様式９

**病院医師宿直免除申請**

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事（兵庫県　　　　県民局長）様

管理者住所

管理者氏名

電　話 －　 － （担当：　　　）

次のとおり医師による病院宿直を免除したいので、医療法施行規則第9条の15の2の規定に基づき申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ |  | |  | | | | | |
| ２ | 病院の所在地 | | 〒　　　－  TEL　　　-　　　-　　　　　FAX　　　-　　　- | | | | | |
| ３ | 診療科目 | |  | | | | | |
| ４ | 病床数 | | 一般 | 療養 | 精神 | 結核 | 感染症 | 合計 |
| 床 | 床 | 床 | 床 | 床 | 床 |
| ５ | 病院に医師を  宿直させない理由 | |  | | | | | |
| ６ | 医師が速やかに診療を行える体制の確保状況について | 連絡体制 |  | | | | | |
| 連絡を受ける医師の場所 |  | | | | | |
| 医師が適切な診療が行える状態の確保の有無 | 有　　　・　　　無 | | | | | |

注）提出部数は、医療機関の所在地が県健康福祉事務所の場合は２部、政令市保健所の場合は３部提出すること。

（添付書類）

病院と宿直場所（宿直医師住所）との位置関係（距離等）を示す資料

病　様式１０

**病院専属薬剤師設置免除許可申請**

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事（兵庫県　　　　県民局長）様

開設者住所

（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：　　　）

次のとおり病院専属薬剤師を免除したいので、医療法第１８条の規定に基づき申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ |  |  |
| ２ | 病院の所在地 | 〒　　　－  TEL　　　-　　　　-　　　　FAX　　　-　　　- |
| ３ | 診　療　科　目 |  |
| ４ | 病　　床　　数 | 室　　　　　床 |
| ５ | １日平均調剤数 | 入　院　　　　　　件  外　来　　　　　　件　　　　　　　計　　　　　　件 |
| ６ | 専属の薬剤師を置かない理由 |  |
| ７ | 非常勤薬剤師の有無 | □　有（　　　名：人員数は常勤換算し、端数切り上げの整数を記入すること。）  □　無 |

注）１　提出部数は、医療機関の所在地が県健康福祉事務所の場合は２部、政令市保健所の場合は３部提出すること。

２　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）

・非常勤薬剤師がいる場合は、勤務表及び免許証の写しを添付すること。

病　様式１１

**病院建物使用許可申請**

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事（兵庫県　　　　県民局長）様

開設者住所

（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／兵庫県指令医第　　　　　　号  令和　　年　　月　　日／兵庫県指令　　　（　　　健）第　　　　　　号  令和　　年　　月　　日／兵庫県指令　　　（　　　健）第　　　　　　号  ※一部使用許可の場合  令和　　年　　月　　日／兵庫県指令医第　　　　　　号  令和　　年　　月　　日／兵庫県指令　　（　健）第　　　　号　　のうち  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 |

|  |
| --- |
| 兵庫県収入証紙　４３，０００円（実地検査の場合）  　　　　　　　　　８，５００円（自主検査の場合） |

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |

注）１　提出部数は、医療機関の所在地が県健康福祉事務所の場合は２部、政令市保健所の場合は３部提出すること。

　　２　病院検査手数料は、使用料及び手数料徴収条例に基づき、兵庫県収入証紙を貼付すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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及び管理区域を朱線、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破線で枠囲みし明示すること。また、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・看護補助者・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　　エ　ッ　ク　ス　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) |  |  |  |
| 面積は小数点以下第２位まで記載する（第３位切り捨て）  床面積は内法で記載する  １病棟（看護単位）ごとに計を記載する | | | | | | | |

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、面積は小数点以下第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　型式には高電圧発生器の名称を記載すること。

**〈　審　　査　　表　〉**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 病院 | 住所： | 健康福祉事務所 |  |

１　申請の内容

　(1) 申請種別

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 申請種別 | 許可年月日 | 兵庫県指令番号 |  |
| 病院建物の構造設備・平面図変更許可 | 令和　　年　　月　　日 | 第　　　　号 |

　　(2) 工事等の概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

　　(3) 許可病床数等

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 病床種別 | 許可病床数 | 病床数の増減 | 差引合計 | 検査対象病床数 |  |
| 一　　　般 |  |  |  |  |
| 療　　　養 |  |  |  |  |
| 精　　　神 |  |  |  |  |
| 結　　　核 |  |  |  |  |
| 感　染　症 |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |

２　指導事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

３　特記事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ４　使用検査の必要 | 有　・　無 | ５　自主検査の可否 | 可　・　否 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ６　使用検査の実施状況 | 検査日 ：　　　　　　　検査員 ： |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 指導事項等 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ７　使用許可 | 令和　　年　　月　　日 　　兵庫県指令　医第　　　　号 |

**病院使用前検査実施表**

実施日 ：令和　　年　　月　　日　　医療機関名 ：　　　　　　　　　病院　　　　　　検査者 ：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 床　面　積 | | | | | | 採光面積 | 開放面積 | 廊 下 幅 |
|  | 柱等控除前 | 控　除　分 | | | |
| 階・室 | 実  測  値 | **×**  **×** | 柱1柱2柱3柱4柱 5    小計 | **×**  **×**  **×**  **×**  **×**    ㎡ | 便所  空調  手洗  流し  机  服棚  小計 | **×**  **×**  **×**  **×**  **×**  **×**  ㎡ | **×**  **×** | **×**  **×** | **□**④　ｍ |
| 階  号室 |
| **□** ⑤階段幅  　　 ×　 　＝  手すり  （ □片側 □両側 ）  **□** ⑥踊場幅　　　　 ｍ  **□** ⑦蹴　上　　 　　ｍ  **□** ⑧踏　面　　 　　ｍ |
| 病床数 |
| 床 |
| 種 別 | 計 　　　㎡ | 計　　　　　　㎡ | | | | **□** ②計 　　　㎡  （必要採光面積　 ㎡) | **□** ③計 　 　㎡  （必要開放面積　 ㎡) |
| 一 般  療 養  精 神  感染症 | **□** ①柱等控除後の床面積　　㎡（必要病床面積　　　㎡） | | | | |
| **【 基準値 】 ① １床当たりの床面積 6.4 ㎡以上（診療所：6.3㎡／1床、4.3㎡／２床以上）**  **② 採光面積　室面積 × 1 / 7　③ 開放面積 室面積 × 1 / 20　　④ 廊下幅 1.8 ｍ以上（両側居室 2.1ｍ、療養・精神2.7ｍ）**  **⑤ 階段幅 1.2ｍ以上　　⑥ 踊場幅 1.2 ｍ以上　⑦ 蹴上 0.2 ｍ以下 　⑧ 踏面 0.24 ｍ以上** | | | | | | | | |

**病院使用前検査実施表**

（対象施設名　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　（令和　　年　　月　　日）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病室番号 | | 床 | 柱 | 手洗 | 空調等 | 床面積 | 採光 | 開放 |
| 病床数 | | a | b | c | d | a-(b+c+d) |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 床 |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 床 |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 床 |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 床 |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 床 |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 床 |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 床 |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 床 |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 床 |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 床 |
|  | | | | | | | | |

病　様式１２

**病　院　開　設　届**

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事（兵庫県　　　　県民局長）様

開設者住所

（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、医療法施行令第４条の２第１項の規定に基づき届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ |  |  | |
| ２ | 病院の所在地 | 〒　　　－  TEL　　　-　　　-　　　　　FAX　　　-　　　- | |
| ３ | 開設年月日 | 令和　　年　　月　　日 | |
| ４ | 管理者 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |
| ５ | 診療に従事する医師、歯科医師、薬剤師の氏名等 | | 別紙のとおり |

注）１　病院を開設した日から１０日以内に、医療機関の所在地が県健康福祉事務所の場合は１部、政令市保健所の場合は２部提出すること。（控えが必要な場合、県健福２部（政令市３部）提出すること。）

２　本届出に基づき、後日、兵庫県医務課より兵庫県医療機能情報システムに係るＩＤ及びパスワードが配布されますので、速やかに医療機能情報の入力をすること。

（添付書類等）

・管理者になる医師、履歴書、医師免許証写し、臨床研修等修了登録証の写し（保健所の原本照合要）

・医療に従事する医師、歯科医師、薬剤師の名簿

・医療に従事する医師、歯科医師、薬剤師免許証の写し（原本照合不要）

ただし、上記添付書類について、使用許可時に確認ができており、変更がない場合は省略することができる。

**履歴書**

本　籍　　　　　　　都・道・府・県

現住所

大正

昭和　　　年　　月　　日生

平成

免許証登録番号　　第　　　　　　　　号

登録年月日　　　　　年　　月　　日

臨床研修修了登録年月日　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 年　月　日 | 学歴（高等学校卒業以降）・職歴・賞罰（各別にまとめて書く） |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |

注）１　免許証の写し（Ａ４サイズ）を添付すること。また原本を持参し、健康福祉事務所（保健所）職員の照合を受けること。

　　２　臨床研修修了登録証の写し（Ａ４サイズ）を添付すること。また原本を持参し、健康福祉事務所（保健所）職員に提示すること。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診療に従事する  医師・歯科医師  （　　枚目中　　　枚目）  ※記入欄が足りない場合はコピーしてご記入ください。 | 氏名 | | 担当科目 | 免許 | | 就業年月日 | 備考 |
|  | |  | 年　　月　　日  号 | | 年　月　日 |  |
|  | |  | 年　　月　　日  号 | | 年　月　日 |  |
|  | |  | 年　　月　　日  号 | | 年　月　日 |  |
|  | |  | 年　　月　　日  号 | | 年　月　日 |  |
|  | |  | 年　　月　　日  号 | | 年　月　日 |  |
|  | |  | 年　　月　　日  号 | | 年　月　日 |  |
|  | |  | 年　　月　　日  号 | | 年　月　日 |  |
|  | |  | 年　　月　　日  号 | | 年　月　日 |  |
|  | |  | 年　　月　　日  号 | | 年　月　日 |  |
|  | |  | 年　　月　　日  号 | | 年　月　日 |  |
|  | |  | 年　　月　　日  号 | | 年　月　日 |  |
|  | |  | 年　　月　　日  号 | | 年　月　日 |  |
|  | |  | 年　　月　　日  号 | | 年　月　日 |  |
|  | |  | 年　　月　　日  号 | | 年　月　日 |  |
|  | |  | 年　　月　　日  号 | | 年　月　日 |  |
|  | |  | 年　　月　　日  号 | | 年　月　日 |  |
|  |  | | 年　　月　　日  号 | 年　月　日 | |  |
|  |  | | 年　　月　　日  号 | 年　月　日 | |  |
|  |  | | 年　　月　　日  号 | 年　月　日 | |  |
|  |  | | 年　　月　　日  号 | 年　月　日 | |  |
|  |  | | 年　　月　　日  号 | 年　月　日 | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診療に従事する  薬剤師 | 氏名 | 担当科目 | 免許 | 就業年月日 | 備考 |
|  |  | 年　　月　　日  号 | 年　月　日 |  |
|  |  | 年　　月　　日  号 | 年　月　日 |  |
|  |  | 年　　月　　日  号 | 年　月　日 |  |
|  |  | 年　　月　　日  号 | 年　月　日 |  |
|  |  | 年　　月　　日  号 | 年　月　日 |  |
|  |  | 年　　月　　日  号 | 年　月　日 |  |
|  |  | 年　　月　　日  号 | 年　月　日 |  |
|  |  | 年　　月　　日  号 | 年　月　日 |  |
|  |  | 年　　月　　日  号 | 年　月　日 |  |
|  |  | 年　　月　　日  号 | 年　月　日 |  |

病　様式１３

**病　院（ 休止 ・ 再開 ）届**

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事（兵庫県　　　　　県民局長）様

開設者住所

（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、医療法第８条の２第２項の規定に基づき届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ |  |  | |
| ２ | 病院の所在地 | 〒　　　－  TEL　　　-　　　-　　　　　FAX　　　-　　　- | |
| ３　届出事項を○で囲む | 病院休止 | 休止年月日 | 令和　　　年　　　月　　　　日 |
| 休止期間 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日（予定） |
| 休止の理由 |  |
| 病院再開 | 休止年月日 | 令和　　　年　　　月　　　　日 |
| 再開年月日 | 令和　　　年　　　月　　　　日 |
| 再開の理由 |  |

注）１　病院を休止、再開した日から１０日以内に医療機関の所在地が県健康福祉事務所の場合は１部、政令市保健所の場合は２部提出すること。（控えが必要な場合、県健福２部（政令市３部）提出すること。）

２　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、速やかに医療機能情報の変更入力をすること。

（添付書類等）再開時

１　管理者になる医師の履歴書、医師免許証写し、臨床研修等修了登録証の写し（保健所の原本照合要）

２　医療に従事する医師、歯科医師、薬剤師、看護師、助産師の名簿

３　医療に従事する医師、歯科医師、薬剤師、看護師、助産師免許証の写し（原本照合不要）

病　様式１４

**病 院 廃 止 届**

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事（兵庫県　　　　　県民局長）様

開設者住所

（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、医療法第９条第１項の規定に基づき届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ |  |  |
| ２ | 病院の所在地 | 〒　　　－  TEL　　　-　　　-　　　　　FAX　　　-　　　- |
| ３ | 廃止年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| ４ | 廃止の理由 |  |

注）１　病院を廃止した日から１０日以内に医療機関の所在地が県健康福祉事務所の場合は１部、政令市保健所の場合は２部提出すること。（控えが必要な場合、県健福２部（政令市３部）提出すること。）

２ 開設者死亡の場合は、「病院廃止届」不要

病　様式１５　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（医師・歯科医師が開設する場合）

**病院開設者死亡（失そう宣告）届**

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事（兵庫県　　　　県民局長）　様

戸籍法の届出義務者

住所

（本人との続柄　　　　　　　　　　　　　　）

氏名

電話　　　　　　　－　　　　　　－

　次のとおり、医療法第９条第２項の規定に基づき届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ |  |  |
| ２ | 病院の所在地 | 〒　　　－  TEL　　　-　　　　-　　　　FAX　　　-　　　- |
| ３ | 開設者住所 |  |
| 開設者氏名 |  |
| 死亡（失そう宣告）年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| その他の事項  (1)エックス線装置等（放射性同位元素含む）の廃止後の措置について  (2)診療録の保管について | | |

注）１　戸籍法上の届出義務者による届けであること。

２　開設者死亡の場合は、「病院廃止届」、エックス線装置等の「廃止届」は不要

３　開設者が死亡、または失踪宣告を受けた日から１０日以内に、医療機関の所在地が県健康福祉事務所の場合は１部、政令市保健所の場合は２部提出すること。（控えが必要な場合、県健福２部（政令市３部）提出すること。）

（添付書類等）

　　　除籍抄本又は死亡診断書の写し

病　様式１６

**病院開設届出事項変更届**

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事（兵庫県　　　　県民局長）様

開設者住所

（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、医療法施行令第４条第１項、第４条の２第２項の規定に基づき届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ | |  | |
| ２　病院の所在地 | | 〒　　　－  TEL　　　-　　　-　　　　　FAX　　　-　　　- | |
| ３　　　変　　更　　し　　た　　事　　項 | ・病院名称  ・診療科目  ・定款、寄附行為、  条例  ・診療日、診療時間  ・住居表示  （○で囲む） | 変　更　前 |  |
| 変　更　後 |  |
| ・開設者  ・管理者  （○で囲む） | 変　更　前 | 住所  (名称) |
| 氏名  (所在地) |
| 変　更　後 | 住所  (名称) |
| 氏名  (所在地) |
| ４ | 変更理由 |  | |
| ５ | 変更年月日 | 令和　　年　　月　　日 | |

注）１　開設届出事項に変更があった日から１０日以内に、医療機関の所在地が県健康福祉事務所の場合は１部、政令市保健所の場合は２部提出すること。（控えが必要な場合、県健福２部（政令市３部）提出すること。）

２　医師・歯科医師が開設する場合、開設者(開設者が管理している場合は管理者)の交代及び地番の変更を伴う移転は、医療機関の廃止・新規開設となるので、この届によらない。開設者(管理者)個人の改姓又は住所が変更となった場合に本様式を使用する。

３　医療法人等が開設する場合であって、法人等の所在地・名称に変更が生じた場合は届出すること（開設代表者のみの交代の場合、この届は不要。）。この場合、定款（寄附行為）の写し又は履歴事項全部証明書を添付すること。

４　変更前・変更後の欄へは、変更前・変更後の全体状況が確認できるように記載するとともに、記載しきれない場合は別紙を添付すること。

５　管理者の変更の場合は、①履歴書、②免許証の写を添付し、③免許証原本を持参すること。

６　医師・歯科医師が開設する場合、開設者の交代は、医療機関の廃止・開設となるので、この届によらない。

７　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、速やかに医療機能情報の変更入力をすること。

（添付書類等）

１　住居表示変更の場合は、住居表示を証する書面の写し

２　病院開設者の住所・氏名変更の場合、個人では住民票の写し、法人では社員総会議事録等写し、履歴事項全部証明書、定款(寄附行為)の写し（開設代表者のみの交代の場合、この届は不要。）

３　病院管理者の住所・氏名変更の場合、戸籍抄本・住民票等変更がわかる書類の写し

**履歴書**

本　籍　　　　　　　都・道・府・県

現住所

大正

昭和　　　年　　月　　日生

平成

免許証登録番号　　第　　　　　　　　号

登録年月日　　　　　年　　月　　日

臨床研修修了登録年月日　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 年　月　日 | 学歴（高等学校卒業以降）・職歴・賞罰（各別にまとめて書く） |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |

注）１　免許証の写し（Ａ４サイズ）を添付すること。また原本を持参し、健康福祉事務所（保健所）職員の照合を受けること。

　　２　臨床研修修了登録証の写し（Ａ４サイズ）を添付すること。また原本を持参し、健康福祉事務所（保健所）職員に提示すること。

病　様式１７

**病院病床数変更届**

令和　　年　　月　　日

　兵庫県知事（兵庫県　　県民局長）様

開設者住所

（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：　　　）

次のとおり病院の病床数を変更しましたので、医療法第７条第２項の規定に基づき届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ |  |  | | | | | | |
| ２ | 病院の所在地 | 〒　　　－  TEL　　　-　　　-　　　　　FAX　　　-　　　- | | | | | | |
| ３ | 許可病床数（床） | 区　　　　　　　　分 | | | | | | |
| 一般 | 療養 | | 精神 | 結核 | 感染症 | 計 |
| 変更前 |  |  | |  |  |  |  |
| 変更後 |  |  | |  |  |  |  |
| ４ | 病室の面積、病室名及び定員 | | | 別紙のとおり | | | | |
| ５ | 変更の理由 |  | | | | | | |
| ６ | 変更年月日 | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | |

注）１ この変更届は、病室の病床数のみを減床した場合に届出すること。

２ 提出部数は、医療機関の所在地が県健康福祉事務所の場合は１部、政令市保健所の場合は２部提出すること。（控えが必要な場合、県健福２部（政令市３部）提出すること。）

３ 病室が無床となったり、全体の病床の減床を伴う新たな病室の設置の場合は、変更許可申請を要する。

４　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、速やかに医療機能情報の変更入力をすること。

５　全病棟の病室一覧（全階）及び変更のある階の変更前・変更後の病室一覧を作成すること。

（添付書類）

　　・変更前・変更後の平面図（病棟のある階のみ）

・全病棟の病室一覧（全階）及び変更のある階の変更前・変更後の病室一覧

病　室　一　覧（変更前）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ７　　　　　　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・廊下幅等） |
| (㎡) | (㎡) | (㎡) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 | 室 |  | (1/7) | (1/20) |  |  |  |

注）１　変更する項目を青線で囲み込むこと。

２　病棟（看護単位）毎に病床数を計欄に記載すること。

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

４　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。

５　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。

６　変更がない病棟についても作成すること。

病　室　一　覧（変更後）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ７　　　　　　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・廊下幅等） |
| (㎡) | (㎡) | (㎡) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 | 室 |  | (1/7) | (1/20) |  |  |  |

注）１　変更する項目を朱線で囲み込むこと。

２　病棟（看護単位）毎に病床数を計欄に記載すること。

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

４　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。

５　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。

６　変更がない病棟についても作成すること。

病　様式１８

**病院建物使用前自主検査申請**

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事（兵庫県　　　　県民局長）様

開設者住所

（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の使用前検査を自主検査としたいので申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 検査対象 | （施設名）  （許可種別）  令和　　年　　月　　日・兵庫県指令　医第　　　　号：開設許可  令和　　年　　月　　日・兵庫県指令　　（　　）第　　　　号：病院建物の構造設備・平面図変更許可  令和　　年　　月　　日・兵庫県指令　　（　　）第　　　　号：  令和　　年　　月　　日・兵庫県指令　　（　　）第　　　　号： |
| （自主検査の該当要件） | |
| １ | エックス線撮影室等の装置の入れ替え等構造設備の変更を伴わないもの。 |
| ２ | 病室、手術室又はエックス線撮影室以外で構造設備の内容を変更する場合。 |
| ３ | 病室内病床の減少等構造設備の変更を伴わないもの。 |
| ４ | 開設者の変更（法人成り）等実質的な変更を伴わないもの。 |

（注）ア　本申請書は、使用許可申請の事前に２部提出して下さい。

受付印

　　　イ　自主検査実施後は、下記届出書の内容を記載の上使用許可申請書に

添付してください。

検　査　結　果　の　届　出　書

下記のとおり病院建物構造設備の自主検査を実施した結果、医療法第７条第１項又は第２項の許可に係る内容と相違なく、かつ必要な基準を満たし、実際に使用可能な状態にあることを確認しましたので届け出します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 検査実施者 | 所属 |  | | 役職等 |  | 氏名 |  | |
| 検査実施年月日 | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | |
| 検査実施構造設備並びに検査結果 | | | | | 検査実施構造設備並びに検査結果 | | | |
|  | | | 適・否 | |  | | | 適・否 |
|  | | | 適・否 | |  | | | 適・否 |
|  | | | 適・否 | |  | | | 適・否 |

注）１　自主検査を選択できるのは次の場合とする。

①エックス線撮影室等の装置の入れ替え等構造設備の変更を伴わないもの。

（例：エックス線撮影装置入替・増設・廃止、等）

②病室、手術室又はエックス線撮影室以外で構造設備の内容を変更する場合。

（例：病室名変更、各部屋の用途変更、各部屋の改築、等）

③病室内病床の減少等構造設備の変更を伴わないもの。

（例：病室内病床の減少）

④開設者の変更（法人成り）等実質的な変更を伴わないもの。

（例：医療法人化、独立行政法人化）

２　一件の変更等の許可について、部分的に使用したい場合の使用前検査については、使用許可を複数回に分けて申請することができる。

また、その部分使用箇所が上記１に該当する場合には、自主検査を選択することができる。

なお、複数回の自主検査による使用許可を行う場合、それぞれにつき病院建物使用前自主検査申請を作成し事前に申請すること。

３　自主検査の選択ができる構造設備であっても、実地検査を受けることができる。

　　　実地検査を希望する場合は、本申請は不要である。

４　当該許可の内容に変更が生じた場合には、自主検査を認めない場合がある。

　　　また、自主検査の申請書の受付後であっても、許可の内容に変更が生じた場合には、実地検査を実施する場合があるので、遅滞なく管轄の健康福祉事務所又は医務課に相談すること。

５　自主検査の手順

①「病院建物使用前自主検査申請」の受領

②「病院建物使用前自主検査申請」（上段部分）に必要事項を記載し、管轄する健康福祉事務所又は政令市保健所に提出する。（使用許可申請の前日までに）

③「病院建物使用前自主検査申請」の受付済分を受領

④工事等完了

⑤自主検査実施

⑥「病院建物使用前自主検査申請」（下段部分）に必要事項を記載し、病院建物使用許可申請と併せて再度提出する。

６　使用前検査手数料について

　　　　決められた手数料の県収入証紙を病院建物使用許可申請に貼り付けて納付すること。

（参考）自主検査とすることができる構造設備一覧

|  |  |
| --- | --- |
| 自主検査とすることができる構造設備 | 根拠法令 |
| 各科専門の診察室、手術室（構造設備の変更を伴わない場合に限る。）、処置室、臨床検査施設（生理検査室等）、エックス線装置（使用室の構造設備の変更を伴わない場合に限る。）、エックス線回診車（ポータブル）の入替・増設及び保管場所の変更に伴い、新たに保管場所を設ける場合、調剤所、薬品庫、薬局（調剤行為を行う場合のみ。）、ナースステーション（調剤行為を行う場合のみ。）、給食施設、厨房、分べん室、新生児の入浴施設、消毒施設、洗濯施設、機能訓練室、談話室、食堂（デイルーム）、浴室、玄関・待合室等患者の使用する施設、ホール、面談室、陣痛室、リネン室、ＤＩ室（医薬品情報管理室）（服薬指導を行う場合のみ。）便所（患者が使用するものに限る。）、オートクレーブ室、中央材料室、移動型ＣＴ搭載車の再設置時（同一機種かつ同一車輌に限る。）、移動型ＭＲＩ搭載車の再設置時（同一機種かつ同一車輌に限る。）、集中治療室（病床数に変更がないか減床する場合であって、構造設備の変更を伴わない場合に限る。）、化学・細菌及び病理検査室、無菌状態の維持された病室(病床数に変更がないか減床する場合であって構造設備の変更を伴わない場合に限る。)診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備、放射線に関する構造設備（構造設備の変更がなく、装置のみの変更の場合に限る。）、病室（病床数に変更がないか減床する場合であって、構造設備の変更を伴わない場合に限る。）、機械換気設備、患者の使用する屋内直通階段、避難階段、患者が使用する廊下、消毒設備、歯科技工室、防火設備、消火用の機械・器具 | 法20条  法21条  法22条  法22条の2  法23条 |

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事（兵庫県　　　　県民局長）様

開設者住所

（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：　　　）

**許可取消願**

下記のとおり許可を取り消していただきたく、お願い申し上げます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ |  |  | | | |
| ２ | 病院の所在地 | 〒　　　－  TEL　　　-　　　-　　　　　FAX　　　-　　　- | | | |
| ３ | 当初許可年月日・番号 | 令和　年　　月　　日 | 第 |  | 号 |
| ４ | 内容・理由 |  | | | |

注）１　提出部数は、医療機関の所在地が県健康福祉事務所の場合は１部、政令市保健所の場合は２部提出すること。（控えが必要な場合、県健福２部（政令市３部）提出すること。）

２　同時に複数の許可を取消し願う場合、当初許可年月日・番号欄に当該許可に係る許可年月日及び番号をすべて記載することにより、取消願を１つにまとめることができる。

（添付書類等）

許可取消願に係る許可証の原本

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事（兵庫県　　　　県民局長）様

開設者住所

（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：　　　）

**申請取下げ願**

下記のとおり申請を取下げていただきたく、お願い申し上げます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １ |  |  | | |
| ２ | 病院の所在地 | 〒　　　－  TEL　　　-　　　-　　　　　FAX　　　-　　　- | | |
| ３ | 申請内容 | 許可申請 | 令和　年　　月　　日 | 提出 |
| ４ | 理由・今後の予定 |  | | |

注）１　提出部数は、医療機関の所在地が県健康福祉事務所の場合は１部、政令市保健所の場合は２部提出すること。

２　同時に複数の申請を取下げ願う場合、申請内容欄に当該許可申請及び申請年月日をすべて記載することにより、取下げ願を１つにまとめることができる。