**様式第５号**（第２条関係）（用紙　日本工業規格Ａ４縦型）

診療所開設届

令和　　年　　月　　日

　静岡県東部保健所長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開設者 |  | 〒 |
| 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |

　次のとおり診療所を開設したので、医療法第８条の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診療所の名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 開設の場所 | 〒    （℡：　　　　　　　　　　Fax：　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療科目 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現に他の病院又は診療所を開設し、若しくは管理し、又は勤務しているときは、その旨 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同時に２以上の診療所を開設しようとするときは、その旨 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者の住所及び氏名 | 〒  （℡：　　　　　　　　　　Fax：　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 従業者の定員 | 医師 | 歯科医師 | | | 薬剤師 | | | | | | 看護師 | | | | 准看護師 | | | | 助産師 | 技師  診療放射線 | | | | 歯科技工士 | | | | その他 | | | 計 |
| 人 | 人 | | | 人 | | | | | | 人 | | | | 人 | | | | 人 | 人 | | | | 人 | | | | 人 | | | 人 |
| 診療に従事する医師又は歯科医師（助産師）の氏名、担当科名、診療日及び診療時間 | 氏名 | | | | | 担当診療科名 | | | | | | | | | | | 診療日 | | | | | | | | | 診療時間 | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |
| 薬剤師が勤務するときはその氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 敷地の面積 | ㎡ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 建物の構造概要 | 造り 建築面積 ㎡  　 階建て 延べ床面積 ㎡ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 建物の用途 | | | | | | | 構造概要 | | | | | | | | | | | | | | | 建物の面積 | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | ㎡ | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | ㎡ | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | ㎡ | | | | | | | | |
| 診察室及び  処置室 | 診察室又は処置室名 | | | | | | | | | | | | | 室面積 | | | | | 診察室又は処置室名 | | | | | | | | | | 室面積 | | |
|  | | | | | | | | | | | | | ㎡ | | | | |  | | | | | | | | | | ㎡ | | |
| 歯科治療室 | 室　　　　　　　面　　　　　　　積 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 治　　　療　　　用　　　　　　子 | | | | | | | | | | | | |
| ㎡ | | | | | | | | | | | | | | | | | | 台 | | | | | | | | | | | | |
| 歯科技工室 | 室面積 | | | | | | | | 防　　設　備 | | | | | | | | | | 火器設備及び  防火設備 | | | | | | | | 機械器具  その他設備 | | | | |
| ㎡ | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |
| 病床数 | 療養 | | | | | | | | | 一般 | | | | | | | | | | | | 計 | | | | | | | | | | |
| 床 | | | | | | | | | 床 | | | | | | | | | | | | 床 | | | | | | | | | | |
| 病室の概要 | 室番号 | | 病床の種別 | | | | 病床数 | | | | | | | 室面積 | | | 内法面積 | | | | 採光面積 | | | | | 開放面積 | | | | １人当たりの面積 | | |
|  | |  | | | | 床 | | | | | | | ㎡ | | | ㎡ | | | | ㎡ | | | | | ㎡ | | | | ㎡ | | |
|  | |  | | | |  | | | | | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | |
| 手術室 | 室面積 | | | 床、壁及び天井  の構造 | | | | | | | | | | | | 照明 | | | | | | | | | 手術台 | | | | | | | |
| ㎡ | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 調剤所 | 室面積 | | | 麻薬金庫  の有無 | | | | | | | | | 冷暗所の有無 | | | | | 調剤に必要な器具 | | | | | | | | 投薬瓶の消毒設備 | | | | | | |
| ㎡ | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |
| 防火上必要な  設備の状況 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 消火用の機械  又は器具の状況 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の施設 | 検査室 | | | | | | | | | | | 消毒施設の構造及び消毒方法 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給食施設の概要 | | | | | | | | | | | エックス線診療室の概要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 開設年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　　(注)１　開設者及び管理者の免許証の写しを添付すること。

　　　　２　敷地の平面図、敷地周囲の見取図及び建物の平面図（各室の用途（病室にあっては、病床数を含む｡）を明示したもの）を添付すること。