様式１

病院（診療所）開設許可申請書

令和〇年　〇月　〇日

（宛先）札幌市保健所長

住所　医療法人の事務所の住所を記入

開設者　氏名　医療法人の名称、
代表者氏名を記入

（法人にあっては、その名称、主たる事務所所在地及び代表者氏名）

病院（診療所）の開設の許可を受けたいので、医療法第7条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

記

1　名称　定款に記載のある診療所名称どおりに記入する

2　開設の場所　診療所の所在地（住所）を記入する

3　診療科目　標榜する診療科目を全て記入する

4　開設者が臨床研修等修了医師又は臨床研修等修了歯科医師以外の者であるとき

(1) 開設の目的

開設の目的を記入する

(2) 維持の方法

診療所の維持の方法を記入する

手数料	受付印
円	
領収印	

5　開設者が臨床研修等修了医師又は臨床研修等修了歯科医師であるとき

(1) 現に病院若しくは診療所を開設し、若しくは管理し、又は病院若しくは診療所に勤務しているとき

病院（診療所）の名称	所在地の市町村名	開設、管理又は勤務の別
	記入不要	

(2) この施設以外で同時に病院又は診療所を開設しようとするとき

病院（診療所）の名称	開設の場所
記入不要	

6　医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の従業者の定員　（人）

医師	常勤１　非常勤１	衛生検査技師	
歯科医師		臨床工学技士	
薬剤師		理学療法士	
看護師	2	作業療法士	
准看護師		視能訓練士	
助産師		義肢装具士	
歯科衛生士		歯科技工士	
		看護補助者	
		事務員	2
保健師		その他	
臨床検査技師		計	6

勤務する従業員の定員をご記入ください。
※医師については、常勤・非常勤にわけてご記入ください。

7　１日平均患者数等

入院		外来			入院している新生児数	１日平均外来患者に係る取扱処方せん数
歯科	その他	耳鼻咽喉科、眼科、精神科	歯科	その他		
人	人	人	人	２０人	人	２０

8　敷地の面積及び平面図

面積　　〇〇〇　平方メートル

平面図　　別添No.　1　のとおり

9　敷地周囲の見取図

見取図　　別添No.　2　のとおり

用途地域の別	防火地域の別
商業地域	防火地域

10　建物の構造概要及び平面図

「札幌市地図情報サービス」で検索できます。

(1) 建物の構造概要

ア　総体

構造	階数	建築面積	延べ面積
木造	2階	○○m²	○○m²

イ　各室の仕様

診療所の平面図に記載のある全ての室についてご記入ください。

棟（階）別	室の名称	床面積 m²	構造概要				防火危害防止に係る構造設備の概要
			床	腰	壁	天井	
1	待合	4 ㎡	ﾋﾞﾆﾙｸﾛｽ	ﾋﾞﾆﾙｸﾛｽ	ﾋﾞﾆﾙｸﾛｽ	ﾋﾞﾆﾙｸﾛｽ	
1	診察室	8 ㎡	ﾋﾞﾆﾙｸﾛｽ	ﾋﾞﾆﾙｸﾛｽ	ﾋﾞﾆﾙｸﾛｽ	ﾋﾞﾆﾙｸﾛｽ	

ウ　患者の使用する廊下の幅

棟（階）別	両側に居室がある廊下（内法）	その他の廊下（内法）	精神病床及び療養病床に係る病室に隣接する場合はその旨	手すり	備考
	m	m		有・無	

10床以上の許可病床を持つ有床診療所の場合は記入が必要

エ　2階以上の階に病室を有する場合における患者の使用する屋内の直通階段

階段の名称	階段の幅（内法）	踊り場の幅（内法）	けあげの高さ	踏面の幅	手すり	備考
	m	m	m	m	有・無	

10床以上の許可病床を持つ有床診療所の場合は記入が必要

オ　3階以上の階に病室を有する場合における避難階段

避難階段の構造の概要	避難階段の箇所数	屋内の直通階段を避難階段の数に算入しようとするとき					
		階段室				防火戸	
		構造の概要	採光設備又は予備電源付照明設備	開口部		種別	自動的閉鎖構造
				構造	有効幅		
			有・無		m		有・無

10床以上の許可病床を持つ有床診療所の場合は記入が必要

(2) 平面図　　別添No.　3　のとおり

11　主要室及び主要施設の概要

(1) 各科専門の診察室

室名	床面積	備考
診察室	8㎡	

(2) 処置室

診療所内の診察室・処置室について全てご記入ください。

室名	床面積	備考
処置室	１５㎡	

(3) 手術室その他の関連施設

ア　手術室

室名	構造・設備の概要				
	床面積	床	壁	天井	防ばく設備
	㎡				有・無

診療所内の手術室について全てご記入ください。

イ　その他の関連施設

準備室	暖房設備	照明設備	清潔な手洗いの設備	更衣室	消毒設備	材料室
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無

(4) 臨床検査施設その他の検査施設

ア　臨床検査施設

室名	床面積	機械器具の名称及び数	防火設備
臨床検査室	5㎡	顕微鏡	有・無

診療所内の臨床検査室、その他の検査室について全てご記入ください。

イ　その他の検査施設

室名	床面積	機械器具の名称及び数	防火設備
MRI室	２０㎡	MRI	有・無

(5) エックス線装置

用途の別	型式	台数	定格出力	操作室
直接撮影	○○	１台	○○	有・無

診療所内に備え付けるエックス線装置についてご記入ください。

(6) 調剤所

室名	床面積	採光面積	換気設備	冷暗所	てんびん		その他の機械器具の名称及び数
					感量10mg	感量500mg	
	㎡	㎡	有・無	有・無	有・無	有・無	

診療所内に調剤所がある場合は、ご記入ください。

(7) 消毒施設

室名	床面積	前室	消毒の方法	構造設備の概要
	㎡	有・無		

診療所内に消毒施設がある場合は、ご記入ください。

(8) 給食施設

ア　調理室

床面積	照明･換気の状況	床の構造	防火構造	消毒設備
㎡				

診療所内に給食施設がある場合は、ご記入ください。

イ　配膳室

室名	床面積	消毒設備	洗浄設備	食器格納設備
	㎡	有・無	有・無	有・無

ウ　その他の設備

検収室	食品庫	事務室	休憩室	専用便所	専用手洗	専用リフト	配膳車プール	配膳車洗浄設備
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無

(9) 洗濯施設

診療所内に洗濯施設がある場合は、ご記入ください。

床面積					
洗濯室	乾燥室	仕上室	未洗濯室	清潔庫	不潔庫
㎡	㎡	㎡	㎡	室（計　㎡）	室（計　㎡）

(10) 感染性廃棄物保管施設

施設名	床面積	保管の状況
処置室	１５㎡	専用の廃棄ボックスで保管

感染性廃棄物を保管する室について、ご記入ください。

12　防火・消火の設備

設備してある場所（室）の名称	機械器具の名称及び数
診察室	スプリンクラー
待合室	消火器１台

診療所内の防火・消火の設備についてご記入ください。

13　産婦人科又は産科を有するとき

(1) 分べん室及び新生児の入浴施設

分べん室			新生児の入浴施設	
床面積	準備室	その他設備の概要	入浴設備	その他設備の概要
㎡	有・無		有・無	

該当あればご記入ください。

(2) 未熟児室

室名	入院定員	床面積	採光面積	直接外気に面する開放面積
		㎡	㎡	㎡

14　療養病床を有するとき

(1) 機能訓練室

床面積（内法）	機械器具の名称とその数	備考
㎡		

(2) 談話室

有・無	形態	床面積	備考
	専用・（　　）室と共用	㎡	

(3) 食堂

有・無	床面積（内法）	備考
	㎡	

該当あればご記入ください。

(4) 浴室

有・無	床面積	浴槽の概要	備考
	㎡		

15　歯科技工室を有するとき

防じん設備の概要	防火設備	換気設備
	有・無	有・無

16　病室を有するとき

有床診療所場合は、ご記入ください。

(1) 種別ごとの病床数　（床）

精神病床	感染症病床	結核病床	療養病床	一般病床	計
			＜　　＞		

(2) 病室ごとの病床数

棟（階）別	病床の種別	室名	入院定員	床面積（内法）	採光面積	直接外気に面する開放面積	その他設備の概要	備考
				㎡	㎡	㎡		

17　精神病室を有するとき

精神疾患の特性を踏まえた適切な医療の提供及び患者の保護のために必要な方法の概要

18　感染症病室及び結核病室を有するとき

(1) 感染症病室又は結核病室の空気が風道を通じて病院又は診療所の他の部分へ流入

しない機械換気設備　有・無

(2) 病院又は診療所の他の部分及び外部に対して感染予防のための遮断その他必要な方法の概要

19　病理細菌検査室を有するとき

室名	空気が風道を通じて病院又は診療所の他の部分へ流入しない機械換気設備
	有・無

20　開設者が法人であるとき

定款（寄附行為・条例）の写し　　別添No.　4　のとおり

21　開設予定年月　令和〇年〇月

22　予定している管理者

氏名	住所	生年月日	臨床研修を修了した旨の登録	
			番号	年月日
〇〇　〇〇	札幌市〇〇	H〇.〇.〇	１２３４５６	R〇.〇.〇

注1　添付する平面図は、縮尺200分の1以上のものとし、構造概要、出入口等を明示してください。

2　9「用途地域の別」及び「防火地域の別」欄には、それぞれ都市計画法の規定による地域の別を記載してください。

3　10(1)ウの備考欄には、当該廊下が医療法施行規則等の一部を改正する省令（平成13年厚生労働省令第8号。以下「改正省令」という。）附則に定める経過措置が適用される場合、その旨を記載してください。

4　14(1)から(4)までの備考欄には、機能訓練室、談話室、食堂又は浴室が改正省令附則に定める経過措置が適用される場合、その旨を記載してください。

5　療養病床のうちに改正省令附則に定める経過措置が適用される病床がある場合は、16(1)の「療養病床」欄の＜　＞内にその病床数を記載してください。

また、(2)の「床面積」欄には、改正省令附則に定める経過措置が適用される病室については、壁又はその他の区画の中心線で囲まれた部分の水平投影面積を記載し、備考欄にその旨を記載してください。

6　22「番号」及び「年月日」欄には、医師法第16条の6第2項又は歯科医師法第16条の4第2項の臨床研修修了登録証の登録の番号及び年月日を記載してください。ただし、予定している管理者が医療法等の一部を改正する法律（平成12年法律第141号）附則第8条又は第11条の規定により医師法第16条の6第1項又は歯科医師法第16条の4第1項の規定による登録を受けた者とみなされる者であるときは、22「番号」及び「年月日」欄には、医籍又は歯科医籍の登録の番号及び年月日を記載してください。

備考　この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。