

病院開設許可申請書

年 月 日

神奈川県知事 殿

開設者 住 所
氏 名

（法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）

次のとおり病院の開設の許可を申請します。

名 称										
開 設 の 場 所										
診療を行おうとする科目										
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	開設の目的									
	維持の方法									
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	開設者が現に病院若しくは診療所を 開設若しくは管理し、又はこれら に勤務するものであるときは、その旨									
	開設者が同時に2以上の 病院又は診療所を開設しようと するものであるときは、その旨									
従業者の 定員(人)	医 師	(常勤)	(非常勤)	歯科 医師	(常勤)	(非常勤)	薬剤師	(常勤)	(非常勤)	
	看護師	(常勤)	(非常勤)	その他						
敷 地 の 面 積										m ²
建物の構造概要										
歯科医業を行う病院であつて、歯科技工室を設 けようとするときは、その構造設備の概要										
病 床 数 (床)	精 神	感 染 症	結 核	療 養	一 般	合 計				
開設の予定年月日	年 月 日									

- 添付書類
- 敷地の平面図及び敷地周囲の見取図
 - 建物の平面図及び各病室の病床数の一覧（平面図には、各室の用途を示し、精神病室、感染症病室、結核病室又は療養病床に係る病室があるときは、これを明示してください。）
 - 開設者が法人であるときは、定款若しくは寄附行為の写し及び定款等変更認可書の写し、法人の登記事項証明書又は条例
 - 開設者が臨床研修等修了医師又は歯科医師であるときは臨床研修修了登録証等の写し、資格免許証の写し及び履歴書、その他の者（法人を除く。）であるときは履歴書
 - 麻酔科を標榜する場合は、麻酔科標榜許可証の写し
 - 敷地及び建物の登記事項証明書（自己所有の場合）又は賃貸借契約書の写し（賃貸借の場合）
 - その他知事が必要と認める書類

(別紙)

建物の構造概要	造	階建	(建築面積又は 延床面積) m ²	病室	室
施設の有無及び構造設備の概要	施設の区分		施設の有無	構造設備の概要	
	各科専門の診察室		有・無		
	手術室		有・無		
	処置室		有・無		
	エックス線装置		有・無		
	調剤所		有・無		
	分娩室及び新生児の入浴施設 (産婦人科又は産科を有する病院)		有・無		
	機能訓練室 (療養病床を有する病院)		有・無		
	臨床検査施設		有・無		
	給食施設		有・無		
	消毒施設		有・無		
	洗濯施設		有・無		
	談話室 (療養病床を有する病院)		有・無		
	食堂 (療養病床を有する病院)		有・無		
	浴室 (療養病床を有する病院)		有・無		

診療所開設許可申請書

年 月 日

神奈川県知事 殿

開設者 住 所
氏 名

（法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）

次のとおり診療所の開設の許可を申請します。

名 称									
開 設 の 場 所									
診療を行おうとする科目									
開 設 の 目 的									
維 持 の 方 法									
従業者の 定員(人)	医 師	(常勤)	(非常勤)	歯科 医師	(常勤)	(非常勤)	薬剤師	(常勤)	(非常勤)
	看護師	(常勤)	(非常勤)	その他					
敷 地 の 面 積 (賃貸借の場合はその面積)		m ²							
建物の構造概要									
歯科医業を行う診療所であつて、歯科技工室を 設けようとするときは、その構造設備の概要									
病室がある場合	病床数		床	各病室の病床数					
病床の種別ごとの 病 床 数									
開設の予定年月日		年 月 日							

- 添付書類
- 1 敷地の平面図及び敷地周囲の見取図
 - 2 建物の平面図（各室の用途を示し、療養病床に係る病室があるときは、これを明示してください。）
 - 3 開設者が法人であるときは、定款若しくは寄附行為の写し及び定款等変更認可書の写し、法人の登記事項証明書又は条例
 - 4 開設者が法人ではない者（臨床研修等修了医師及び歯科医師を除く。）であるときは、履歴書
 - 5 管理者となる医師又は歯科医師の臨床研修修了登録証の写し、資格免許証の写し及び履歴書
 - 6 麻酔科を標榜する場合は、麻酔科標榜許可証の写し
 - 7 敷地及び建物の登記事項証明書（自己所有の場合）又は賃貸借契約書の写し（賃貸借の場合）
 - 8 その他知事が必要と認める書類

助産所開設許可申請書

年 月 日

神奈川県知事 殿

開設者 住 所
氏 名

(法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

次のとおり助産所の開設の許可を申請します。

名 称				
開 設 の 場 所				
従業者の定員(人)	助産師	(常勤)	(非常勤)	その他
敷 地 の 面 積 (賃貸借の場合はその面積)				m ²
建物の構造概要				
開設の予定年月日				年 月 日

- 添付書類
- 1 敷地の平面図
 - 2 建物の平面図（各室の用途を示し、妊婦、産婦又はじよく婦を入所させる室についてはその定員を明示してください。）
 - 3 開設者が法人であるときは、定款若しくは寄附行為の写し及び定款等変更認可書の写し、法人の登記事項証明書又は条例
 - 4 開設者が法人ではない者（助産師を除く。）であるときは、履歴書
 - 5 敷地及び建物の登記事項証明書（自己所有の場合）又は賃貸借契約書の写し（賃貸借の場合）
 - 6 その他知事が必要と認める書類

第4号様式（第2条関係）（用紙 日本産業規格A4縦長型）

病院（診療所・助産所）開設許可事項変更許可申請書

年 月 日

神奈川県知事 殿

開設者 住 所
氏 名

（法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）

次のとおり開設許可事項の変更許可を申請します。

名 称	
所 在 地	
変 更 し よ う と す る 事 項	
変 更 前 の 概 要	
変 更 後 の 概 要	
変 更 の 理 由	
変 更 予 定 年 月 日	年 月 日

- 添付書類 1 敷地の面積、建物の構造概要、各室の用途、施設の有無及び構造設備の概要、各病室の病床数等を変更する場合には、その内容を示す変更前・変更後の平面図（変更部分を明示してください。）
- 2 その他知事が必要と認める書類

診療所病床設置許可申請書

年 月 日

神奈川県知事 殿

開設者 住 所

氏 名

（法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）

医療法第7条第3項の規定により、次のとおり病床の設置の許可を受けたいので、申請します。

名 称			電話 番号	()		
所 在 地						
診 療 科 目						
届出（許可）病床数 （現 行） （許可後）	療 養	一	般	合 計		
入 院 患 者 予 定 数	療 養	一	般	合 計		
従業者の定員（人） （※） （常 勤） （非常勤）	医 師	看 護 師	准看護師	看 補 助 護 者	薬 剤 師	そ の 他
施設の 構造設 備（※）	施 設 名	床面積（㎡）	主要構造		設 備 概 要	
	機能訓練室				(主な器械・器具)	
	食 堂				(浴槽の概要)	
	浴 室					
	談 話 室	専 用				室と共用
共 用						

- 備考 1 ※印の欄は、療養病床を設置する診療所のみ記載してください。
 2 主要構造欄には、鉄筋コンクリート、準耐火、木造等の別を記載してください。
 3 既に病床を有する診療所にあつては、変更する部分のみ記載してください。
- 添付書類 1 建物平面図（現行と許可後の2種類を添付し、それぞれ、各室の用途及び各病室の病床数、病床種別、床面積、病室に隣接する廊下の幅等を明記してください。また、許可後の平面図には、朱書等により、病室、機能訓練室等（既に病床を有する診療所にあつては、変更する施設）が明確になるようにしてください。）
 2 前年度における1日当たりの病床種別ごとの平均入院患者数及び平均外来患者数を記載した書類
 3 療養病床を設置する診療所の場合、医師、看護師等の名簿及び勤務状況が分かる書類
 4 その他知事が必要と認める書類

第4号様式の3（第2条関係）（用紙 日本産業規格A4縦長型）

診療所の病床設置許可事項変更許可申請書

年 月 日

神奈川県知事 殿

開設者 住 所
氏 名

（法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）

医療法第7条第3項の規定により、次のとおり診療所の病床設置許可事項の変更許可を受けたいので、申請します。

名 称	
所 在 地	
変 更 し よ う と す る 事 項	
変 更 前 の 概 要	
変 更 後 の 概 要	
変 更 の 理 由	
変 更 予 定 年 月 日	年 月 日

添付書類 各病室の病床数等又は療養病床に係る施設の構造設備を変更する場合は、その内容を示す平面図（変更前と変更後の2種類を添付し、朱書等により、変更部分が明確になるようにしてください。）

診療所病床設置届

年 月 日

神奈川県 保健福祉事務所長 殿

開設者 住 所
氏 名

（法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）

次のとおり病床を設置したので、医療法施行令第3条の3の規定により、届け出ます。

名 称					電話 番号	()	
所 在 地							
診 療 科 目							
届出（許可）病床数 （設置前） （設置後）	療 養	一	般	合 計			
入 院 患 者 予 定 数	療 養	一	般	合 計			
従業者の定員（人） （※） （常 勤） （非常勤）	医 師	看 護 師	准看護師	看 補 助 護 者	薬 剤 師	そ の 他	
施設の 構造設 備（※）	施 設 名	床面積（㎡）		主要構造		設 備 概 要	
	機能訓練室					(主な器械・器具)	
	食 堂					(浴槽の概要)	
	浴 室						
	談 話 室	専 用					室と共用
共 用							

- 備考 1 ※印の欄は、療養病床を設置する診療所のみ記載してください。
2 主要構造欄には、鉄筋コンクリート、準耐火、木造等の別を記載してください。
3 既に病床を有する診療所にあつては、変更する部分のみ記載してください。

- 添付書類 1 建物平面図（設置前と設置後の2種類を添付し、それぞれ、各室の用途及び各病室の病床数、病床種別、床面積、病室に隣接する廊下の幅等を明記してください。また、設置後の平面図には、朱書等により、病室、機能訓練室等（既に病床を有する診療所にあつては、変更した施設）が明確になるようにしてください。）
2 前年度における1日当たりの病床種別ごとの平均入院患者数及び平均外来患者数を記載した書類
3 療養病床を設置する診療所の場合、医師、看護師等の名簿及び勤務状況が分かる書類
4 その他知事が必要と認める書類

病院（診療所・助産所）開設届

年 月 日

神奈川県 保健福祉事務所長 殿

開設者 住 所
氏 名

（法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）

次のとおり病院（診療所・助産所）を開設したので、届け出ます。

名 称				電話 番号	()
開 設 の 場 所					
開設許可年月日	年 月 日	指令番号	神奈川県指令 第 号		
開 設 年 月 日	年 月 日				
管 理 者 の 氏 名			管理者の住所		
診療に従事する 医 師 又 は 歯 科 医 師	氏 名	担当診療科名	診 療 日	診 療 時 間	
業務に従事する 助 産 師	氏 名	勤 務 の 日		勤 務 時 間	
薬剤師が勤務するときは、その氏名					
分娩 ^{べん} を取り扱う助産所		<input type="checkbox"/> 該当（次の項目に記載してください。） <input type="checkbox"/> 非該当			
分娩時等の 異常に対応 する嘱託医 師 (※)	氏 名				
	住 所				
	勤務する 医療機関名	担当する 診療科名	<input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 産婦人科		
上記による 対応が困難 な場合に嘱 託する病院 又は診療所	嘱 託 医 療 機 関 名	(患者を入院させるための施設を有するものに限りです。)			
	住 所				
	診 療 科 名	<input type="checkbox"/> 産科及び小児科 <input type="checkbox"/> 産婦人科及び小児科		新生児診療 の 可 否	

備考 ※印の欄は、医療法施行規則第15条の2第2項に規定する場合には、病院又は診療所の名称と住所を氏名と住所の欄に記載してください。

- 添付書類 1 管理者となる医師又は歯科医師の臨床研修修了登録証の写し、資格免許証の写し及び履歴書
2 診療に従事する医師又は歯科医師の臨床研修修了登録証の写し、資格免許証の写し及び履歴書
3 業務に従事する薬剤師又は助産師の資格免許証の写し及び履歴書

- 4 分娩^{べん}を取り扱う助産所の開設にあつては、嘱託医師となる旨の承諾書若しくは助産所が当該医師に嘱託した旨の書類、臨床研修修了登録証及び医師免許証の写し又は嘱託医療機関となる旨の承諾書
- 5 その他知事が必要と認める書類

診療所開設届

年 月 日

神奈川県 保健福祉事務所長 殿

開設者 住 所
氏 名

次のとおり診療所を開設したので、届け出ます。

名 称							電話番号	()		
開設の場所										
開設年月日			年	月	日					
診療を行おうとする科目										
開設者が現に病院若しくは診療所を開設若しくは管理し、又はこれらに勤務するものであるときは、その旨										
開設者が同時に2以上の病院又は診療所を開設しようとするものであるときは、その旨										
従業者の定員 (人)	医師	(常勤)	(非常勤)	歯科 医師	(常勤)	(非常勤)	薬剤師	(常勤)	(非常勤)	
	看護師	(常勤)	(非常勤)	その他						
敷地の面積 (賃貸借の場合はその面積)										m ²
建物の構造概要										
歯科医業を行う診療所であつて、歯科技工室を設けようとするときは、その構造設備の概要										
病室のある場合は病床数	床									
病床の種別ごとの病床数							各病室の 病床数			
管 理 者	氏 名									
	住 所									
診療に従事する医師 又は 歯 科 医 師	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										

- 添付書類 1 敷地の平面図
 2 建物の平面図（各室の用途を示し、療養病床に係る病室があるときは、これを明示してください。）
 3 開設者の臨床研修修了登録証等の写し、資格免許証の写し及び履歴書
 4 診療に従事する医師又は歯科医師の臨床研修修了登録証、資格免許証の写し及び履歴書
 5 業務に従事する薬剤師の免許証の写し及び履歴書

- 6 麻酔科を標榜^{ぽう}する場合は、麻酔科標榜^{ぽう}許可証の写し
- 7 敷地及び建物の登記事項証明書（自己所有の場合）又は賃貸借契約書の写し（賃貸借の場合）
- 8 その他知事が必要と認める書類

助産所開設届

年 月 日

神奈川県 保健福祉事務所長 殿

開設者 住 所
氏 名

次のとおり助産所を開設したので、届け出ます。

名 称				電 話 番 号	()
開 設 の 場 所					
開 設 年 月 日	年 月 日				
従 業 者 の 定 員 (人)	助産師 (常勤)	(非常勤)	その他		
敷 地 の 面 積 (賃貸借の場合はその面積)					m ²
建 物 の 構 造 概 要					
開設者が現に助産所を開設若しくは管理し、又は病院、診療所若しくは助産所に勤務する者であるときは、その旨					
開設者が同時に2以上の助産所を開設しようとする者であるときは、その旨					
管 理 者	氏 名				
	住 所				
業 務 に 従 事 す る 助 産 師	氏 名	勤 務 の 日	勤 務 時 間		
分娩を取り扱う助産所	<input type="checkbox"/> 該当 (次の項目に記載してください。) <input type="checkbox"/> 非該当				
分娩時等の異常に対応する嘱託医師 (※)	氏 名				
	住 所				
	勤 務 す る 医 療 機 関 名	担 当 す る 診 療 科 名	<input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 産婦人科		
上記による対応が困難な場合に嘱託する病院又は診療所	嘱 託 医 療 機 関 名	(患者を入院させるための施設を有するものに限りませう。)			
	住 所				
	診 療 科 名	<input type="checkbox"/> 産科及び小児科 <input type="checkbox"/> 産婦人科及び小児科	新 生 児 診 療 の 可 否		

備考 ※印の欄は、医療法施行規則第15条の2第2項に規定する場合には、病院又は診療所の名称と住所を氏名と住所の欄に記載してください。

添付書類 1 敷地の平面図及び敷地周囲の見取図

2 建物の平面図 (各室の用途を示し、妊婦、産婦又はじよく婦を入所させる室についてはその定員を明示してください。)

- 3 分娩^{べん}を取り扱う助産所にあつては、嘱託医師となる旨の承諾書若しくは助産所が当該医師に嘱託した旨の書類、臨床研修修了登録証及び医師免許証の写し又は嘱託医療機関となる旨の承諾書
- 4 開設者及び業務に従事する助産師の資格免許証の写し及び履歴書
- 5 敷地及び建物の登記事項証明書（自己所有の場合）又は賃貸借契約書の写し（賃貸借の場合）
- 6 その他知事が必要と認める書類

病院（診療所・助産所）開設許可（届出）事項変更届

年 月 日

神奈川県 保健福祉事務所長 殿

開設者 住 所
氏 名

（法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）

次のとおり開設許可（届出）事項に変更を生じたので、届け出ます。

名 称	
所 在 地	
変更を生じた事項	
変更前の概要	
変更後の概要	
変更の理由	
変更年月日	年 月 日

- 添付書類
- 1 変更の原因が病室の病床数の減少であるときは、当該病室の病床の配置状況を明示した変更前及び変更後の平面図
 - 2 変更の原因が管理者の変更であるときは、臨床研修修了登録証、資格免許証の写し及び履歴書
 - 3 変更の原因が医師又は歯科医師の採用であるときは、臨床研修修了登録証の写し、資格免許証の写し及び履歴書
 - 4 変更の原因が薬剤師又は助産師の採用であるときは、資格免許証の写し及び履歴書
 - 5 その他変更を生じた事項に係る知事が必要と認める書類

地域医療支援病院と称することの承認申請書

年 月 日

神奈川県知事 殿

開設者 住 所
氏 名

（法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）

医療法第4条第1項の規定により、次のとおり地域医療支援病院と称することの承認を受けたいので、申請します。

名 称						
所在の場所	電話 ()					
病 床 数	精神病床	感染症病床	結核病床	療養病床	一般病床	合計
	床	床	床	床	床	床
施設の 構造 設備	施設名	設備概要				
	集中治療室	(主な設備) 病床数 床				
	化学検査室	(主な設備)				
	細菌検査室	(主な設備)				
	病理検査室	(主な設備)				
	病理解剖室	(主な設備)				
	研究室	(主な設備)				
	講義室	室数	室	収容定員	人	
	図書室	室数	室	蔵書数	冊程度	
	救急用又は患者搬送用自動車	(主な設備)		用自動車	保有台数	台
	医薬品情報管理室	[専用室の場合]		床面積	m ²	
	[共用室の場合]		室と共用			

備考 主な設備は、主たる医療機器、研究用機器、教育用機器等を記載してください。

添付書類 病院の平面図、医療法施行規則第9条の19第1項に規定する委員会の規定の写し、委員の就任承諾書及び履歴書の写し並びに地域医療従事者による診療、研究又は研修のための利用（以下「共同利用」という。）に関する規定の写し

(第2面)

他の病院又は診療所から紹介された患者に対し医療を提供する体制が整備されていることを証する書類

地域医療支援病院紹介率及び地域医療支援病院逆紹介率

地域医療支援病院 紹介率	%	算定 期間	年 月 日～ 年 月 日
地域医療支援病院 逆紹介率	%		
算出 根拠	A：紹介患者の数	人	
	B：初診患者の数	人	
	C：逆紹介患者の数	人	

- 備考 1 「地域医療支援病院紹介率」欄は、AをBで除した数に100を乗じて、小数点以下第1位まで記載してください。
- 2 「地域医療支援病院逆紹介率」欄は、CをBで除した数に100を乗じて、小数点以下第1位まで記載してください。
- 3 それぞれの患者数については、前年度の延数を記載してください。

(第4面)

3 重症救急患者に必要な検査、治療を行うために必要な診療施設の概要

施設名	床面積	設備概要	24時間使用の可否
	m ²	(主な設備)	

4 重症救急患者の受入体制の確保

--

備考 特定の診療科において、重症救急患者の受入体制を確保する場合には、その旨を記載してください。

既に、救急病院等を定める省令に基づき知事の救急病院の認定を受けている病院、救急医療対策事業実施要綱に基づき救急医療を実施している病院にあつては、その旨を記載してください。

5 救急医療の提供の実績

救急用又は患者搬送自動車により搬入した救急患者の数	人 (人)
上記以外の救急患者の数	人 (人)
合 計	人 (人)

備考 それぞれの患者数については、前年度の延べ数を記載してください。

括弧内には、それぞれの患者数のうち入院を要した患者数を記載してください。

6 救急用又は患者搬送用自動車

救急用又は患者搬送用自動車	台
---------------	---

(第5面)

共同利用のための体制が整備されていることを証する書類

1 共同利用の実績

--

備考 前年度において共同利用を行つた実績がある場合において、当該前年度の共同利用を行つた医療機関の延べ数、これらの医療機関のうち開設者と直接関係のない医療機関の延べ数、共同利用に係る病床の病床利用率を記載してください。

2 共同利用の範囲等

--

常時共同利用可能な病床数	床
--------------	---

備考 当該病院の建物の全部若しくは一部、設備、器械又は器具のうち、共同利用の対象とする予定のものを記載してください。

3 共同利用の体制

(1) 共同利用に関する規定の有無 有・無

(2) 利用医師等登録制度の担当者 氏名：

職 種：

4 登録医療機関の名簿

医療機関名	開設者名	住 所	主たる診療科名	地域医療支援病院開設者との経営上の関係

備考 当該病院と同一の2次医療圏に所在する医療機関のみ記載してください。

(第6面)

地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修を行わせる能力を有することを証する書類

1 研修の内容

--

2 研修の実績

(1) 地域の医療従事者への実施回数	回
(2) (1) の合計研修者数	人

備考 1 研修には、当該病院以外の地域の医療従事者が含まれるものを記載してください。
2 (2) には、前年度の研修者の実数を記載してください。

3 研修の体制

- (1) 研修プログラムの有無 有・無
- (2) 研修委員会設置の有無 有・無
- (3) 研修指導者

研修指導者氏名	職 種	診療科	役 職 等	臨床経験年数	特 記 事 項
				年	
				年	
				年	
				年	
				年	
				年	
				年	

備考 教育責任者については、特記事項欄にその旨を記載してください。

(第7面)

4 研修実施のための施設及び設備の概要

施設名	床面積	設備概要
	m ²	(主な設備)

(第8面)

診療並びに病院の管理及び運営に関する諸記録の管理方法に関する書類

管理責任者氏名	
管理担当者氏名	

諸 記 録	保管場所	分 類 方 法
診療に関する諸記録 病院日誌、各科診療日誌、処方箋、手術記録、看護記録、検査所見記録、エックス線写真、紹介状、退院した患者に係る入院期間中の診療経過の要約		
病院の 管理及 び運営 に関する 諸記 録	共同利用の実績	
	救急医療の提供の実績	
	地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修の実績	
	閲覧実績	
	紹介患者に対する医療提供及び他の病院又は診療所に対する患者紹介の実績の数を明らかにする帳簿	

備考 「診療に関する諸記録」欄には、個々の記録について記載する必要はなく、全体としての管理方法の概略を記載してください。

(第9面)

診療並びに病院の管理及び運営に関する諸記録の閲覧方法に関する書類

閲覧責任者氏名	
閲覧担当者氏名	
閲覧の求めに応じる場所	
閲覧の手続の概要	

前年度の総閲覧件数		件
閲覧者別	医師	件
	歯科医師	件
	地方公共団体	件
	その他	件

(第10面)

患者相談の実績

患者相談を行う場所	相談窓口・相談室・その他 ()
主として患者相談を行った者 (複数記載可)	
患者相談件数	件
患者相談の概要	

備考 患者相談の概要については、相談内容を適切に分類し記載するとともに、相談に基づき講じた対策等があれば併せて記載してください。また、個人が特定されないよう配慮してください。

専属薬剤師設置免除許可申請書

年 月 日

神奈川県知事 殿

開設者 住 所
氏 名

（法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）

次のとおり専属薬剤師の設置免除の許可を申請します。

名 称	
所 在 地	
診 療 科 名	
病 床 数	床
1 日平均の外来患者に係る取扱 処 方 箋 数	
病床種別及び各科別の入院患者 数 及 び 取 扱 処 方 箋 数	
専属薬剤師を置かない理由	

備考 「1 日平均の外来患者に係る取扱処方箋数」及び「病床種別及び各科別の入院患者数及び取扱処方箋数」は、過去 6 か月間の平均値としてください。ただし、新規開設又は再開の場合は、推定数を記入してください。

第 11 号様式（第 9 条関係）（用紙 日本産業規格 A 4 縦長型）

病院（診療所・助産所）休止（再開・廃止）届

年 月 日

神奈川県 保健福祉事務所長 殿

開設者 住 所
氏 名

（法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）

次のとおり病院（診療所・助産所）を休止（再開・廃止）したので、届け出ます。

名 称			
所 在 地			
届 出 区 分	<input type="checkbox"/> 休 止	<input type="checkbox"/> 再 開	<input type="checkbox"/> 廃 止
休止（再開・廃止）年月日	年 月 日		
休止（再開・廃止）の理由			
休止の場合、予定期間	年 月 日から 年 月 日		
連 絡 先	電話番号 ()		

第 12 号様式（第 9 条関係）（用紙 日本産業規格 A 4 縦長型）

病院（診療所・助産所）開設者死亡（失踪）届

年 月 日

神奈川県 保健福祉事務所長 殿

届出者 住 所
氏 名
開設者との続柄
電話番号 ()

次のとおり開設者が死亡した（失踪宣告を受けた）ので、届け出ます。

名 称	
所 在 地	
開 設 者 住 所	
開 設 者 氏 名	
届 出 区 分	<input type="checkbox"/> 死亡した <input type="checkbox"/> 失踪宣告を受けた
死亡した（失踪宣告を受けた）年月日	年 月 日

添付書類 1 死亡した場合は、死亡診断書の写し又は戸籍（除籍）謄本（抄本）の原本
2 失踪宣告を受けた場合は、失踪宣告の確定証明書

第 13 号様式（第 10 条関係）（用紙 日本産業規格 A 4 縦長型）

開設者自身による管理免除許可申請書

年 月 日

神奈川県知事 殿

開設者 住 所
氏 名

次のとおり開設者自身による管理免除の許可を申請します。

名	称	
所	在	地
管 理 者 に し ょ う と す る 者	氏 名	
	住 所	
申 請 理 由		

添付書類 管理者にしようとする者が臨床研修修了医師又は臨床研修修了歯科医師であるときは臨床研修修了登録証の写し、資格免許証の写し及び履歴書、助産師であるときは免許証の写し及び履歴書

2 以上の病院等の管理許可申請書

年 月 日

神奈川県知事 殿

開設者 住 所
氏 名

（法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）

次のとおり 2 以上の病院等の管理の許可を申請します。

管 理 者 に し よ う と す る 者	住 所			
	氏 名			
現 病 院 に （ 管 診 理 療 所 し ・ て 助 産 い 所 る ）	開 設 者 （法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）	住 所		
		氏 名		
	名 称		電 話 番 号	（ ）
	所 在 地			
	診 療 科 名			
	診 療 日			
	診 療 時 間			
	病 床 数	床		
従 業 者 の 定 員				
新 病 院 に （ 管 診 理 療 所 し ・ て 助 産 い 所 る ）	開 設 者 （法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）	住 所		
		氏 名		
	名 称		電 話 番 号	（ ）
	所 在 地			
	診 療 科 名			
	診 療 日			
	診 療 時 間			
	病 床 数	床		
従 業 者 の 定 員				
申 請 理 由				
相互の距離及び連絡(移動)に要する時間		k m 分 (徒歩・車等)		
医療法第 12 条第 2 項各号のうち該当する規定		法第 12 条第 2 項第 号該当		

- 添付書類
- 1 管理者にしようとする者の臨床研修修了登録証の写し、資格免許証の写し及び履歴書
 - 2 現に管理している病院等の開設者が他の者であるときは、当該開設者の承諾書

地域医療支援病院の業務に関する報告書

年 月 日

神奈川県知事 殿

開設者 住 所
氏 名

（法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）

医療法第12条の2第1項の規定により、 年度の業務に関して報告します。

名 称						
所在の場所	電話 ()					
病 床 数	精神病床	感染症病床	結核病床	療養病床	一般病床	合計
	床	床	床	床	床	床
施設 の 構 造 設 備	施設名	設備概要				
	集中治療室	(主な設備) 病床数 床				
	化学検査室	(主な設備)				
	細菌検査室	(主な設備)				
	病理検査室	(主な設備)				
	病理解剖室	(主な設備)				
	研究室	(主な設備)				
	講義室	室数 室	収容定員 人			
	図書室	室数 室	蔵書数 冊程度			
	救急用又は患者搬送用自動車	(主な設備) 用自動車：保有台数 台				
	医薬品情報管理室	[専用室の場合] 床面積 m ² [共用室の場合] 室と共用				

備考 主な設備は、主たる医療機器、研究用機器、教育用機器等を記載してください。

添付書類 地域医療従事者による診療、研究又は研修のための利用（以下「共同利用」という。）に関する規定の写し

（第2面）

紹介患者に対する医療提供及び他の病院又は診療所に対する患者紹介の実績

地域医療支援病院紹介率及び地域医療支援病院逆紹介率

地域医療支援病院 紹介率	%	算定 期間	年 月 日～ 年 月 日
地域医療支援病院 逆紹介率	%		
算出 根拠	A：紹介患者の数		人
	B：初診患者の数		人
	C：逆紹介患者の数		人

- 備考 1 「地域医療支援病院紹介率」欄は、AをBで除した数に100を乗じて、小数点以下第1位まで記載してください。
- 2 「地域医療支援病院逆紹介率」欄は、CをBで除した数に100を乗じて、小数点以下第1位まで記載してください。

(第4面)

3 重症救急患者に必要な検査、治療を行うために必要な診療施設の概要

施設名	床面積	設備概要	24時間使用の可否
	m ²	(主な設備)	

4 重症救急患者の受入体制の確保

--

備考 特定の診療科において、重症救急患者の受入体制を確保する場合には、その旨を記載してください。

既に、救急病院等を定める省令に基づき知事の救急病院の認定を受けている病院、救急医療対策事業実施要綱に基づき救急医療を実施している病院にあつては、その旨を記載してください。

5 救急医療の提供の実績

救急用又は患者搬送自動車により搬入した救急患者の数	(人)
上記以外の救急患者の数	(人)
合 計	(人)

備考 括弧内には、それぞれの患者数のうち入院を要した患者数を記載してください。

6 救急用又は患者搬送用自動車

救急用又は患者搬送用自動車	台
---------------	---

(第5面)

共同利用の実績

1 共同利用の実績

--

備考 共同利用を行つた医療機関の延べ数、これらの医療機関のうち開設者と直接関係のない医療機関の延べ数、共同利用に係る病床の病床利用率を記載してください。

2 共同利用の範囲等

--

常時共同利用可能な病床数	床
--------------	---

備考 当該病院の建物の全部若しくは一部、設備、器械又は器具のうち、共同利用の対象とするものを記載してください。

3 共同利用の体制

- (1) 共同利用に関する規定の有無 有・無
- (2) 利用医師等登録制度の担当者 氏名：
職 種：

4 登録医療機関の名簿

医療機関名	開設者名	住 所	主たる診療科名	地域医療支援病院開設者との経営上の関係

備考 当該病院と同一の2次医療圏に所在する医療機関のみ記載してください。

(第6面)

地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修の実績

1 研修の内容

--

2 研修の実績

(1) 地域の医療従事者への実施回数	回
(2) (1) の合計研修者数	人

備考 1 研修には、当該病院以外の地域の医療従事者が含まれるものを記載してください。
2 (2) には、研修者の実数を記載してください。

3 研修の体制

- (1) 研修プログラムの有無 有・無
- (2) 研修委員会設置の有無 有・無
- (3) 研修指導者

研修指導者氏名	職 種	診療科	役 職 等	臨床経験年数	特 記 事 項
				年	
				年	
				年	
				年	
				年	
				年	
				年	
				年	

備考 教育責任者については、特記事項欄にその旨を記載してください。

(第7面)

4 研修実施のための施設及び設備の概要

施設名	床面積	設備概要
	m ²	(主な設備)

(第8面)

診療並びに病院の管理及び運営に関する諸記録の体系的な管理方法

管理責任者氏名	
管理担当者氏名	

諸 記 録	保管場所	分 類 方 法
診療に関する諸記録 病院日誌、各科診療日誌、処方箋、手術記録、看護記録、検査所見記録、エックス線写真、紹介状、退院した患者に係る入院期間中の診療経過の要約		
病院の管理及び運営に関する諸記録	共同利用の実績	
	救急医療の提供の実績	
	地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修の実績	
	閲覧実績	
	紹介患者に対する医療提供及び他の病院又は診療所に対する患者紹介の実績の数を明らかにする帳簿	

備考 「診療に関する諸記録」欄には、個々の記録について記入する必要はなく、全体としての管理方法の概略を記載してください。

(第9面)

診療並びに病院の管理及び運営に関する諸記録の閲覧方法及び閲覧の実績

閲覧責任者氏名	
閲覧担当者氏名	
閲覧の求めに応じる場所	
閲覧の手続の概要	

総閲覧件数		件
閲覧者別	医師	件
	歯科医師	件
	地方公共団体	件
	その他	件

(第10面)

医療法施行規則第9条の19第1項第1号に規定する委員会の開催の実績

委員会の開催回数	回	
委員会における議論の概要		

(第11面)
患者相談の実績

患者相談を行う場所	相談窓口・相談室・その他（ ）
主として患者相談を行った者 (複数記載可)	
患者相談件数	件
患者相談の概要	

備考 患者相談の概要については、相談内容を適切に分類し記載するとともに、相談に基づき講じた対策等があれば併せて記載してください。また、個人が特定されないよう配慮してください。

医 師 宿 直 免 除 認 定 申 請 書

年 月 日

神奈川県知事 殿

管理者 住 所
氏 名

医療法施行規則第 9 条の 15 の 2 の規定により、病院に医師を宿直させないことの認定を受けたいので、次のとおり申請します。

名	称						
所	在 地						
電	話 番 号						
診	療 科 目						
病	床 数	精 神	感 染 症	結 核	療 養	一 般	合 計
		床	床	床	床	床	床
病院に医師を宿直させない理由							
医 師 が 速 や か に 診 療 を 行 う 体 制	連 絡 体 制						
	連絡を受ける医師の場所						
	医師が適切な診療を行える状態の確保						

添付書類 病院内の規程など医師が適切な診療を行える状態が確保されていることを確認できる書類

構 造 設 備 使 用 許 可 申 請 書

年 月 日

神奈川県知事 殿

開設者 住 所
氏 名

(法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

次のとおり開設（一部変更）の許可を受けた（届出をした）構造設備の使用の許可を申請します。

名 称			
所 在 地			
開設許可（一部変更許可、 開設届、一部変更届） 年月日及び許可番号	<input type="checkbox"/> 開設許可 <input type="checkbox"/> 一部変更許可	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 開設届 <input type="checkbox"/> 一部変更届		
	(開設許可、一部変更許可の場合)	神奈川県指令	第 号
許可を受けようとする 構 造 設 備 の 概 要			
使用開始予定年月日	年 月 日		

添付書類 建物の平面図（各室の用途を示し、精神病室、感染症病室、結核病室又は療養病床に係る病室があるときは、これを明示してください。）

診 療 用 放 射 線 照 射 器 具 使 用 予 定 届

年 月 日

神奈川県 保健福祉事務所長 殿

管理者 住所
氏名
電話 ()

次のとおり診療用放射線照射器具の翌年（ ）年の使用予定について、届け出ます。

病 院 ・ 診療所	名 称						
	所在地	電 話	()				
放射線同位元素を 装着する 診療用放射線照射器具	型 式 (形状)						
	装 備 す る 放 射 性 同 位 元 素	種 類 (核種)					
		数 量 (Bq)					
	個 数						
	前年との増減(Bq)						
	設 置 (変 更) 届 出 時 数 量 (Bq)						

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

神奈川県 保健福祉事務所長 殿

管理者 住 所
氏 名
電 話 ()

次のとお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）の翌年（ 年）の使用予定
について、届け出ます。

病 院 ・ 診療所	名 称							
	所 在 地	電話 ()						
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)	種類 (核種)							
	形 状							
	予定数量 (Bq)							
	前年との増減 (Bq)							
	設置 (変更) 届出 時数量(Bq)							