

**施設診療(開設者:個人)の記入例**

診療施設開設届

届出日を記入⇒開設後10日以内に届出(事前受付不可)

〇〇年 4月 2日

東京都知事殿

居住している住所(マンション名・部屋番号)と氏名を記入

開設者 住所 東京都新宿区〇〇一丁目1番2号  
〇〇マンション101号室

氏名 東京 花子

(法人にあっては、主たる事務所の所在地及びその名称)

獣医師免許の登録 (有)・無

電話番号 00-0000-0000

ファクシミリ番号 00-0000-0000

診療施設を開設したので、獣医療法第3条の規定により、次のとおり届け出ます。

診療施設	ふりがな 名称	まるまるどうぶつびょういん 〇〇動物病院		
	郵便番号	000-0000		
	ふりがな 開設場所	とうきょうとしんじゅくくまるまる 東京都新宿区〇〇一丁目1番1号 △△ビル1階		
	電話番号	00-0000-0000	ファクシミリ番号	00-0000-0000
開設年月日	〇〇年	4月	1日	開設日(届出日ではない)
管理者	ふりがな 氏名	とうきょう はなこ 東京 花子		
	郵便番号	190-0182		
	ふりがな 住所	とうきょうとしんじゅくくまるまる 東京都新宿区〇〇一丁目1番2号		
	獣医師登録番号	第	00000号	免許証に裏書があれば、裏書の日付を記入
獣医師登録年月日	〇〇年	4月	1日	
診療の業務を行う獣医師	ふりがな 氏名	獣医師登録番号	獣医師登録年月日	
	とうきょう はなこ 東京 花子	00000号	〇〇年 4月 1日	
	しんじゅく たろう 新宿 太郎	00000号	〇〇年 4月 1日	
診療の業務の種類 (○で囲む。)	産業動物 ・ 小動物 ・ その他(ハムスター・うさぎ)			

・管理者は施設に常勤すること  
 ・管理する施設に通える範囲内に居住地があること  
 ・管理者は原則として1か所の施設を管理すること

ビル等の名称及び階層も記入

・研修獣医師等含むすべての診療獣医師を記入(管理者が診療業務を行う場合は管理者も記入)  
 ・4名以上の場合、記入欄を補足するか、別紙として添付すること

注意事項

- 1 この届出は、診療施設開設後10日以内に行うこと
- 2 診療の業務を行う獣医師の欄には、診療に携わる全ての獣医師(代診を含む。)を記入すること。記入できない場合は、記入欄を補足するか、別紙として添付すること。
- 3 開設者が法人の場合は、定款を添付すること。

**【主要な診療対象動物】**  
 産業動物：牛・馬・豚・めん羊・山羊・鶏・うずら  
 小動物：犬・猫・小鳥  
 その他：フェレット、魚類、爬虫類等

最寄りの駅から診療施設までの案内図（交通機関 JR 山の手線新宿駅下車徒歩 15 分）

案内図は「別紙のとおり」として、添付することも可

【バスの場合】

- ・最寄り駅名、駅のバスのりば番号、行先、最寄りバス停留所名を記入
- ・最寄りのバス停留所から施設までの案内図を記入

診療施設の構造設備の概要及び平面図	建物の構造	鉄筋コンクリート造		・出入口、受付、診察室、X線室、手術室、入院室等（診察台、X線装置、薬品棚、ケージ、検査機器等）を図面に明記する	
	診療施設の面積	100㎡			
	診療施設の平面図（主な設備、備品を記入）	別紙のとおり			
	逸走防止設備	<input checked="" type="radio"/> 有・無	おり、ケージ、くい、保定枠等、動物が自力で開放できない構造の扉、窓		
	伝染病等感染防止設備	<input checked="" type="radio"/> 有・無	隔離して収容する設備 おり、ケージの間に間仕切り板を設置したもの		
	消毒設備	<input checked="" type="radio"/> 有・無	煮沸消毒器、滅菌手洗器、オートクレーブ、噴霧器散霧器		
	調剤を行う施設	採光、照明及び換気	<input checked="" type="radio"/> 有・無	窓、換気扇	
		冷暗貯蔵施設	<input checked="" type="radio"/> 有・無	冷蔵庫その他冷暗貯蔵ができる設備	
		調剤器具	<input checked="" type="radio"/> 有・無	調剤台、はかり、薬匙等	
	手術施設	耐水性の構造の内壁及び床	<input checked="" type="radio"/> 有・無	内壁（床面からおおむね 1.2m までの高さ）及び床がコンクリート、モルタル、タイル等	
<p>診療費規定（料金表）が無い場合は「無」に○をつける ある場合は「有」に○をつけ、別紙として診療費規定を添付</p>					
診療	診療日及び診療時間	診療日	月火水金土日	診療時間	9:00~12:00 16:00~19:00
	診療費規定の有無	<input checked="" type="radio"/> 有・無			品名が不明の場合は成分名
麻薬及び向精神薬使用の有無及び保管の状況		<input checked="" type="radio"/> 有	(品名	〇〇〇〇・△△△△	)・無
		保管の状況		鍵のかかる保管庫	
その他					
放射線診療装置等の有無	エックス線装置	X線、CT、Cアーム等			<input checked="" type="radio"/> 有・無
	診療用高エネルギー放射線発生装置				<input type="radio"/> 有・ <input checked="" type="radio"/> 無
	診療用放射線照射装置				<input type="radio"/> 有・ <input checked="" type="radio"/> 無
	診療用放射線照射器具	X線装置以外の放射線装置を設置する場合は個別にご相談ください			<input type="radio"/> 有・ <input checked="" type="radio"/> 無
	放射性同位元素装備診療機器				<input type="radio"/> 有・ <input checked="" type="radio"/> 無
	診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素				<input type="radio"/> 有・ <input checked="" type="radio"/> 無

注意事項

- 1 平面図は、診療室、手術室、調剤室、放射線診療装置等設置室、待合室、入院室（ケージ等を含む）、薬品保管庫等の位置関係及び広さが確認できるものとする。
- 2 診療費規定がある場合は、写しを添付すること。
- 3 麻薬及び向精神薬を使用している場合は、その品名と保管状況を記入すること。
- 4 往診診療専門の場合は、その他の欄に、その旨を記入すること。
- 5 放射線診療装置等がある場合は、別記第2号様式から第2号様式の6までの中から該当するものを選び添付すること。
- 6 該当する箇所を○で囲むこと。