

記 入 例

この度の立入検査について、当院の施設状況ならびに運営状況は下記のとおりです。(適事項に○、不適事項に×、非該当事項にーを記載)

鹿児島市保健所長 殿

令和 年 月 日

のマスには記入しないこと。

病院名 ○ × 病院

管理者名 鹿児島 太郎

(令和7年4月1日から令和8年3月31日まで)

| 項目番号 | 項 目 | 項 目 の 説 明 | 記入欄 |
|----------|----------------------------------|---|-------------|
| 1 | 医療従事者数 | | |
| 1-1 | 医師数 | ※ 記入不要です | |
| 1-2 | 歯科医師数 | | |
| 1-3 | 薬剤師数 | | |
| 1-4 | 看護師数 | | |
| 1-5 | 看護補助者数 | | |
| 1-6 | (管理)栄養士数 | | |
| 2 | 管理 | | |
| 2-1 | 医療法の手続 | | |
| | 1. 医療法の使用許可 | 病院の構造設備は使用許可を受けていますか | ○ |
| | 2. 医療法届出事項の変更 | 病院開設許可後の開設届出及び届出事項の変更がある場合、届出を行っていますか | ○ |
| | 3. 医療法許可事項の変更 | 医療法の許可事項に変更がある場合、申請を行い許可を得ていますか | ○ |
| | 4. 地域医療支援病院、特定機能病院、臨床研究中核病院の承認 | 地域医療支援病院の承認を受けていますか 特定機能病院の承認を受けていますか 臨床研究中核病院の承認を受けていますか | - - - |
| | 5. 診療用放射線装置の届出 | 診療用放射線装置 4 台 エックス線装置 診療用高エネルギー放射線発生装置、診療用粒子線照射装置、 診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、放射性同位元素装備診療機器、 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 診療放射線装置の設置、変更、廃止の届出が済んでいますか | ○(左欄も記載) |
| 2-2 | 患者入院状況 | | |
| | 1. 病室の定員遵守 | 病室に定員以上の患者を入院させないことは守られていますか | ○ |
| | 2. 病室以外の患者入院 | 病室以外の場所に患者を入院させないことは守られていますか | ○ |
| | 3. 精神病・感染症患者の一般病室への入院 | 精神病患者又は感染症患者をそれぞれ精神病室又は感染症病室以外の場所に入院させないことは守られていますか | ○ |
| | 4. 病毒感染の危険のある患者の感染防止 | 病毒感染の危険のある患者からの感染を防止するために適当な措置をとっていますか 適当な措置 ①当該患者を他の患者と同室に入院させないこと ②当該患者を入院させた室を消毒せずに他の患者を入院させないこと ③当該患者の用に供した被服、寝具、食器等を消毒せずに他の患者に使用しないこと | ○ |
| | 5. 装置、器具、同位元素治療患者の放射線治療病室以外の入院防止 | 診療用放射線照射装置若しくは診療用放射線照射器具を持続的に体内に挿入して治療を受けている患者又は診療用放射性同位元素若しくは陽電子断層撮影診療用放射性同位元素により治療を受けている患者を放射線治療病室以外の病室に入院させないことは守られていますか | - |
| | 6. 放射線治療病室への他の患者の入院防止 | 放射線治療病室に上記5に規定する患者以外の患者を入院させないことは守られていますか | - |
| 2-3 | 新生児の管理 (産科又は産婦人科を標榜する病院が記入すること) | | |
| | 1. 管理及び看護体制 | 新生児に対して必要な管理体制及び看護体制をとっていますか 必要な看護体制 ①適当な看護要員が配置され、その責任体制が確立されていること ②新生児の識別が適切に行われていること | - |
| | 2. 避難体制 | 火災等緊急時における新生児の避難体制があらかじめ定められていますか 避難に必要な器具が備えられていること | - |
| 2-4 | 医師の宿直 | 医師が宿直をしていますか | ○ |
| 2-5 | 医薬品の取扱い | | |
| | 1. 毒劇薬の区別と施錠保管 | 毒薬又は劇薬が他のものと区別されていますか 毒薬を貯蔵配置する場所に施錠がされていますか | ○ ○ |
| | 2. 毒劇薬の表示 | 毒薬及び劇薬の直接容器又は直接の被包にそれぞれの表示がされていますか 表示: 毒薬は黒地に白枠白字をもって、その品名及び「毒」の字を記載する 劇薬は白地に赤枠赤字をもって、その品名及び「劇」の字を記載する | ○ |
| | 3. その他の医薬品の管理 | その他の薬剤についてもその管理及び取扱いが適正に行われていますか | ○ |
| | 4. 調剤所の衛生と防火管理 | 調剤所について衛生上、防火上適切な配慮がなされていますか | ○ |
| 2-6 | 医療機器等の清潔保持及び維持管理 | | |
| | 1. 医療機器及び看護用具の清潔保持 | 医療機器及び看護用具が清潔を保つよう十分手入れがなされていますか | ○ |
| | 2. 病棟における諸設備の清潔保持 | 病棟における諸設備は清潔に保たれていますか (ベッド、マットレス等の寝具類及び病室内の清潔整理、便器の清潔維持) | ○ |
| 2-7 | 調理機械・器具の清潔保持及び保守管理 | 給食施設の施設・設備について清潔が保持され衛生上適切な管理が行われていますか | ○ |
| 2-8 | 職員の健康管理 | 全職員の定期健康診断を実施していますか 職員 100 人中 100 人実施 給食関係職員について、定期的な健康診断(例:細菌学的検便)を実施していますか 放射線関係職員について法令に基づく健康診断を実施していますか | ○(左欄も記載) |
| 2-9 | 医療の情報提供 | 医療機関の有する医療機能情報が公表されていますか | ○ |

| 項目番号 | 項目 | 記載欄 | 記入欄 |
|---------------|---|--|-----|
| のマスには記入しないこと。 | | | |
| 2-10 | 医療の安全管理のための体制確保 | | |
| 1. | 医療に係る安全管理のための指針の整備 | 必要な事項を文書化した医療に係る安全管理のための指針を整備していますか | ○ |
| 2. | 医療に係る安全管理のための委員会(医療安全管理委員会)の設置及び業務の実施 | 医療機関内の安全管理の体制の確保及び推進のため、基準を満たした委員会を定期的に開催していますか | ○ |
| 3. | 医療に係る安全管理のための基本的事項、具体的方策についての職員研修の実施 | 医療に係る安全管理のための職員研修を定期的に実施していますか | ○ |
| 4. | 事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策 | 医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策を講じていますか | ○ |
| 5. | 医療事故に係る再発防止策の周知及び遵守 | 医療機関内において発生した医療事故について再発防止策が院内に周知されているとともに、遵守されていますか | ○ |
| 6. | 医療安全管理責任者の配置 (特定機能病院、臨床研究中核病院、臨床研修病院、歯科医師臨床研修施設のみ記入) | 医療安全管理責任者を配置していますか (※ 臨床研修病院、歯科医師臨床研修施設は兼任でも可) | — |
| 7. | 医療に係る安全管理を行う部門の設置及び業務の実施(特定機能病院、臨床研究中核病院、臨床研修病院、歯科医師臨床研修施設のみ記入) | 安全管理者及びその他必要な職員で構成された医療に係る安全管理を行う部門(組織横断的に安全管理を担う部門)を設置していますか | — |
| 8. | 患者からの相談に適切に応じる体制の確保 (特定機能病院、臨床研究中核病院、臨床研修病院、歯科医師臨床研修施設のみ記入) | 患者からの相談に適切に応じる体制を確保していますか ①相談窓口を常設すること ②活動の趣旨、設置場所、担当者及び責任者、対応時間等を患者等に明示すること ③相談職員、相談後の取扱、相談情報の秘密保護、管理者への報告等に関する規約を整備すること | — |
| 9. | 院内での死亡事例を遺漏なく把握できる体制の確保等 | 院内での死亡及び死産事例を遺漏なく把握し、管理者に速やかに報告される体制を確保していますか | ○ |
| 10. | 事故等事案の登録分析機関への提出 (特定機能病院、事故等報告病院のみ記入) | 事故等事案が発生した場合には、当該事故等事案が発生した日から原則二週間以内に、登録分析機関に報告書を提出していますか | — |
| 2-11 | 院内感染対策のための体制確保 | | |
| 1. | 院内感染対策のための指針の策定 | 必要な事項を文書化した院内感染対策の指針を整備していますか | ○ |
| 2. | 院内感染対策のための委員会の開催 | 医療機関内の院内感染対策推進のため、基準を満たした委員会を定期的に開催していますか | ○ |
| 3. | 従業者に対する院内感染対策のための研修の実施 | 院内感染対策の推進のための職員研修を定期的に実施していますか | ○ |
| 4. | 感染症の発生状況の報告その他の院内感染対策の推進を目的とした改善のための方策 | 医療機関内における感染症の発生状況の報告や院内感染対策の推進を目的とした改善のための方策を講じていますか | ○ |
| 5. | 専任の院内感染対策を行う者の配置状況 (特定機能病院のみ記入) | 専任の院内感染対策を行う者を配置していますか。 | — |
| 2-12 | 診療用放射線に係る安全管理体制の確保 | | |
| 1. | 診療用放射線に係る安全管理のための責任者(医療放射線安全管理責任者)の配置 | 診療用放射線に係る安全管理のための責任者を配置していますか | ○ |
| 2. | 診療用放射線の安全利用のための指針の策定 | 必要な事項を文書化した診療用放射線の安全利用のための指針を策定していますか | ○ |
| 3. | 放射線診療に従事する者に対する診療用放射線の安全利用のための研修の実施 | 放射線診療に従事する者に対する放射線の安全利用のための研修を定期的に実施していますか | ○ |
| 4. | 放射線診療を受ける者の当該放射線による被ばく線量の管理及び記録その他の診療放射線の安全利用を目的とした改善のための方策の実施 | 放射線診療を受ける者の当該放射線による被ばく線量の管理及び記録その他の診療放射線の安全利用を目的とした改善のための方策を実施していますか | ○ |
| 2-13 | 医薬品に係る安全管理のための体制確保 | | |
| 1. | 医薬品の安全使用のための責任者(医薬品安全管理責任者)の配置状況 | 医薬品の安全使用のための責任者を配置していますか | ○ |
| 2. | 従業者に対する医薬品の安全使用のための研修の実施 | 医薬品の安全使用のための職員研修を必要に応じて実施していますか | ○ |
| 3. | 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施 | 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書を作成し、当該手順書に基づく業務を実施していますか | ○ |
| 4. | 医薬品安全管理責任者による前記3.の業務の定期的な確認の実施 | 医薬品安全管理責任者により、前記3.の業務の定期的な確認が実施されていますか | ○ |
| 5. | 医薬品の安全使用のために必要となる未承認等の医薬品の使用の情報その他の情報の収集その他の医薬品の安全使用を目的とした改善のための方策 | 医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医薬品の安全使用を目的とした改善のための方策を講じていますか | ○ |
| 2-14 | 医療機器に係る安全管理のための体制確保 | | |
| 1. | 医療機器の安全使用のための責任者(医療機器安全管理責任者)の配置状況 | 医療機器の安全使用のための責任者を配置していますか | ○ |
| 2. | 従業者に対する医療機器の安全使用のための研修の実施 | 医療機器の安全使用のための職員研修を必要に応じて実施していますか | ○ |
| 3. | 医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検の実施 | 医療機器の特性等にかんがみ、保守点検が必要と考えられる医療機器については保守点検計画の策定等を行い、適切に保守点検を実施していますか | ○ |
| 4. | 医療機器の安全使用のために必要となる未承認等の医療機器の使用の情報その他の情報の収集その他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策 | 医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医療機器の安全確保を目的とした改善のための方策を講じていますか | ○ |

| 項目番号 | 項目 | 記載欄 | 記入欄 |
|----------------------|--|---|-----|
| | のマスには記入しないこと。 | | |
| 2-15 | ドクターヘリの運航に係る安全の確保 | | |
| | 1. ドクターヘリの運航に係る要領の策定 | ドクターヘリの運航に係る要領を策定していますか | — |
| | 2. 運航要領に定められた事項の遵守 | ドクターヘリの当該運航に当たり、運航要領に定められた事項が遵守されていますか。また、当該運航を行った場合、運航調整委員会にその旨を報告し、安全性等について検証を受けていますか | — |
| 2-16 (令和7 年4月) | 高難度新規医療技術、未承認新規医薬品等を用いた医療を提供するに当たっての必要な措置(特定機能病院以外) | 高難度新規医療技術(当該病院で実施したことのない医療技術(軽微な術式の変更等を除く))又は未承認新規医薬品等(当該病院で使用したことのない医薬品又は高度管理医療機器であって、厚生労働大臣の承認をうけていないもの)を用いた医療を提供するに当たっての必要な措置を講じていますか | — |
| 2-17 | 特定機能病院における安全管理等の体制(特定機能病院のみ記入) | | |
| | 1. 医療を受ける者に対する説明に関する責任者の配置状況 | 医療を受ける者に対する説明に関する責任者を配置していますか | — |
| | 2. 診療録等の管理に関する責任者の選任状況 | 診療録等の管理に関する責任者を任命していますか | — |
| | 3. 高難度新規医療技術を提供するに当たっての措置状況 | 高難度新規医療技術(当該病院で実施したことのない医療技術(軽微な術式の変更等を除く))を用いた医療を提供するに当たっての必要な措置を講じていますか | — |
| | 4. 未承認新規医薬品等を用いた医療を提供するに当たっての措置状況 | 未承認新規医薬品等(当該病院で使用したことのない医薬品又は高度管理医療機器であって、厚生労働大臣の承認をうけていないもの)を用いた医療を提供するに当たっての必要な措置を講じていますか | — |
| | 5. 監査委員会の設置状況 | 監査委員会を設置していますか | — |
| | 6. 入院患者が死亡した場合等の医療安全管理部門への報告状況 | 入院患者が死亡した場合等に医療安全管理部門への報告がなされていますか | — |
| | 7. 他の特定機能病院の管理者と連携した相互立入り及び技術的助言の実施状況 | 他の特定機能病院の管理者と連携した相互立入り及び技術的助言の実施が実施されていますか | — |
| | 8. 医療安全管理の適正な実施に疑義が生じた場合等の情報提供を受け付けるための窓口の状況 | 医療安全管理の適正な実施に疑義が生じた場合等の情報提供を受け付けるための窓口を設置していますか | — |
| | 9. 管理者のための研修の実施状況 | 医療安全管理体制を確保するために、各職種が当該業務を適切に行うための知識及び技術を習得することを目的として、管理者、医療安全管理責任者、医薬品安全管理責任者及び医療機器安全管理責任者を対象に適切に行われていますか | — |
| 2-18 | 検体検査の業務の適正な実施に必要な基準への適合(2及び7については遺伝子関連・染色体検査を実施している施設のみ対象) | | |
| | 1. 検体検査の精度の確保に係る責任者の配置状況 | 検体検査の精度の確保に係る責任者を配置していますか | ○ |
| | 2. 遺伝子関連・染色体検査の精度の確保に係る責任者の配置状況 | 遺伝子関連・染色体検査の精度の確保に係る責任者を配置していますか | ○ |
| | 3. 標準作業書の常備及び検体検査の業務の従事者への周知 | 次に掲げる標準作業書を常備し、検査業務の従事者へ周知していますか ① 検査機器保守管理標準作業書 ② 測定標準作業書 | ○ |
| | 4. 作業日誌の作成 | 次に掲げる作業日誌を作成していますか。 ① 検査機器保守管理作業日誌 ② 測定作業日誌 | ○ |
| | 5. 台帳の作成 | 次に掲げる台帳を作成していますか。 ① 試薬管理台帳 ② 統計学的精度管理台帳(実施している場合) ③ 外部精度管理台帳(受検している場合) | ○ |
| | 6. 検体検査の精度管理のための体制の整備 | 検査業務(遺伝子関連・染色体検査に係るものを除く。)について、以下に掲げる事項を行うよう努めていますか ① 内部精度管理 ② 外部精度管理調査の受検 ③ 検査業務の従事者に対する必要な研修の実施 | ○ |
| | 7. 遺伝子関連・染色体検査の精度管理のための体制の整備 | 遺伝子関連・染色体検査の業務について、①、②に掲げる事項を行うとともに③について行うよう努めていますか ① 内部精度管理 ② 検査業務の従事者に対する必要な研修の実施 ③ 外部精度管理調査の受検又は他の病院等若しくは衛生検査所等との連携による遺伝子関連・染色体検査の精度についての相互確認 | ○ |
| 2-19 | サイバーセキュリティの確保 | サイバーセキュリティを確保するために必要な措置を講じていますか。 | ○ |

| のマスには記入しないこと。 | | | |
|---------------|--|---|--------|
| 項目番号 | 項目 | 記載欄 | 記入欄 |
| 2-20 | 長時間労働となる医師に対する面接指導の実施及び休息時間の確保等の状況 | | |
| | 1. 面接指導の実施状況 | 時間外・休日労働が月100時間以上となる見込みの医師(面接指導対象医師)に対して、面接指導を実施していますか。 | ○ |
| | 2. 面接指導実施後の就業上の措置 | 面接指導対象医師に対する面接指導実施後、必要に応じて、労働時間の短縮、宿直の回数の減少その他の適切な措置(就業上の措置)を講じていますか。 | ○ |
| | 3. 労働時間短縮の措置 | 時間外・休日労働が月155時間超となった医師について、労働時間の短縮のために必要な措置を講じていますか。 | ○ |
| | 4. 特定労務管理対象機関の医師への勤務間インターバル及び代償休息の確保 | 特定労務管理対象機関の医師のうち時間外・休日労働時間が年960時間超となることが見込まれる医師に対し、勤務間インターバル及び代償休息を確保していますか。 | — |
| 2-21 | 医療法人における経営情報等の報告 (医療法人開設の病院のみ記入) | 会計年度終了後3か月以内に、経営情報等を都道府県知事に報告していますか。 | ○ |
| 3 | 帳票・記録 | | |
| 3-1 | 診療録の管理、保存 | 適切に作成された診療録が適切に管理、保存されていますか 必要な記載事項 ①治療を受けた者の住所・氏名・性別・年齢 ②病名及び主要症状 ③治療方法(処方及び処置) ④診療の年月日 過去5年間の診療録が保存されていますか | ○ |
| 3-2 | 助産録の管理、保存 | (助産師がその業務に従事している病院が記入すること) 適切に作成された助産録が適切に管理、保存されていますか ※必要な記載事項: 保助看法施行規則第34条の全12項目 過去5年間の助産録が保存されていますか | — |
| 3-3 | 診療に関する諸記録の整理保管 | 過去2年間の診療に関する諸記録が適正に整理保管されていますか (病院日誌、各科診療日誌、処方せん、手術記録、看護記録、検査所見記録、エックス線写真、入院・外来患者数を記載した帳簿、入院診療計画書) 処方箋に必要な事項が記載されていますか 必要な記載事項 ①患者の氏名 ②年齢 ③薬名 ④分量 ⑤用法 ⑥用量 ⑦発行年月日 ⑧使用期間 ⑨病院の名称及び所在地又は医師の住所 ⑩医師の記名押印又は署名 | ○ ○ |
| 3-4 | エックス線装置等に関する記録 (エックス線装置等を有する病院) | | |
| | 1. 装置及び器具の使用時間の記録及び保存 | 装置(エックス線装置、診療用高エネルギー放射線発生装置、診療用放射線照射装置)又は器具(診療用放射線照射器具)の1週間当たりの延べ使用時間をその使用する室毎に帳簿に記載し、これを1年毎に閉鎖し、閉鎖後2年間保存していますか(記録、保存していない場合は隔壁等による遮蔽がなされていますか) | ○ |
| | 2. 装置、器具及び同位元素並びに同位元素による汚染物の記録及び保存 | 診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、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の入手、使用及び廃棄並びに放射性同位元素によって汚染された物の廃棄に関する帳簿の記載が適正に行われていますか また、帳簿を1年毎に閉鎖し、閉鎖後5年間保存していますか 必要な記載事項①入手、使用又は廃棄の年月日 ②入手、使用又は廃棄に係る診療用放射線装置又は診療用放射線照射器具の型式及び個数並びに装備する放射性同位元素、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によって汚染された物の種類及びベクレル単位をもって表わした数量 ③使用した者の氏名又は廃棄に従事した者の氏名並びに廃棄の方法及び場所 | — |
| | 3. 線量当量等の測定、記録及び保存 | 放射線障害が発生するおそれのある場所について、所定の方法により診療開始前及び開始後1ヶ月に1回以上放射線の量及び放射性同位元素による汚染の状況が測定されていますか (但し、固定されたエックス線装置等でしゃへい壁等が一定のときは6ヶ月に1回以上測定すること。又、排気口及び排水口における汚染状況の測定は排気若しくは排水のつど又は連続して行うこと) その結果に関する記録が5年間保存されていますか 測定場所 ①放射線の量: エックス線診療室、診療用高エネルギー放射線発生装置使用室、診療用粒子線照射装置使用室、診療用放射線照射装置使用室、診療用放射線照射器具使用室、放射性同位元素装備診療機器使用室、診療用放射性同位元素使用室、陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室、貯蔵施設、廃棄施設、放射線治療病室、管理区域の境界、病院内の人が居住する区域、病院の敷地の境界 ②放射性同位元素による汚染の状況: 診療用放射性同位元素使用室、陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室、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により治療を受けている患者を収容する放射線治療病室、排水(気)設備の排水(気)口、排水(気)監視設備のある場所、管理区域の境界 | ○ |
| | 4. 治療用エックス線装置等の放射線量の測定保存 | 治療用エックス線装置、診療用高エネルギー放射線発生装置、診療用粒子線照射装置及び診療用放射線照射装置の放射線量を6ヶ月に1回以上線量計で測定していますか その結果に関する記録が5年間保存されていますか | — |
| 3-5 | 院内掲示 | 病院の見やすい場所に定められた事項が掲示されていますか ①管理者の氏名 ②診療に従事する医師又は歯科医師の氏名 ③医師又は歯科医師の診療日及び診療時間 ④建物内部の案内 (①②③は、病院の入口、受付又は持合所付近の見やすい場所) | ○ |

| のマスには記入しないこと。 | | |
|------------------|----------------------------------|--|
| 項目番号 | 項目 | 記載欄 |
| 4 業務委託 | | |
| 4-1 | 検体検査 | 規則で定める基準に適合するものに委託していますか 受託者 ○× □▲ |
| 4-2 | 滅菌消毒 | 規則で定める基準に適合するものに委託していますか 受託者 |
| 4-3 | 食事の提供 (令和7年4月1日から令和8年3月31日まで) | 規則で定める基準に適合するものに委託していますか 受託者 ○× □▲ |
| 4-4 | 患者等の搬送 | 規則で定める基準に適合するものに委託していますか 受託者 |
| 4-5 | 医療機器の保守点検 | 規則で定める基準に適合するものに委託していますか 受託者 ○× □▲ |
| 4-6 | 医療ガスの供給設備の保守点検 | 規則で定める基準に適合するものに委託していますか 受託者 ○× □▲ |
| 4-7 | 洗濯 | 規則で定める基準に適合するものに委託していますか 受託者 ○× □▲ |
| 4-8 | 清掃 | 規則で定める基準に適合するものに委託していますか 受託者 ○× □▲ |
| 4-9 | 感染性廃棄物の処理 | 適切な業者を選定して委託するなど、感染性廃棄物が汚染源とならないよう適切な処理を行っていますか 受託者 ○× □▲ |
| 4-10 | 医療用放射性汚染物の廃棄 | 適切な業者を選定して委託するなど、医療用放射性汚染物が放射線汚染源とならないよう適切な処理を行っていますか 受託者 |
| 5 防火・防災体制 | | |
| 5-1 | 防火管理者及び消防計画 | 防火管理者を定めていますか 防火管理者の氏名(●● ××) 消防計画を作成していますか 消防計画作成年月日(R7・4・1) |
| 5-2 | 消防訓練・避難訓練 | 消防訓練及び避難訓練をそれぞれ年2回以上実施していますか |
| 5-3 | 防火・消火用設備の整備 | ① 消火設備の整備及び点検 点検年月日(R7・4・1) 点検業者等(▲▲ ○○) ② 警報設備の整備及び点検 点検年月日(R7・4・1) 点検業者等(▲▲ ○○) ③ 避難設備の整備及び点検 点検年月日(R7・4・1) 点検業者等(▲▲ ○○) |
| 5-4 | 点検報告等 | 適切な防火体制の整備にあたり、消防・建築関係法令に即して防火対象物、消火用設備、防火扉の点検報告等を実施していますか |
| 5-5 | 防災及び危害防止対策 | 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について危害防止上必要な方法を講じていますか |
| 5-6 | 災害時のBCP | 災害時のBCP(事業継続計画)を策定していますか |
| 6 放射線管理 | | |
| 6-1 | 管理区域 | (放射線等取扱施設を有する病院が記入すること) |
| | 1. 管理区域の設定と標識 | 病院内の場所であって外部放射線の線量、空気中の放射性同位元素濃度又は放射性同位元素によって汚染される物の表面の放射性同位元素の密度が所定の線量、濃度又は密度を超えるおそれがある場所に管理区域を設けていますか 管理区域である旨を示す標識が付されていますか |
| | 2. 管理区域への立入制限と被ばく防止の措置 | 管理区域内に人がみだりに立ち入らないような措置を講じていますか |
| 6-2 | 敷地の境界等における防護措置 | 敷地内の人が居住する区域及び敷地の境界における線量を所定の線量限度以下にするためのしゃへい等の措置が講じられていますか |
| 6-3 | 放射線障害の防止に必要な注意事項の掲示 | 目につきやすい場所に掲示されていますか |
| 6-4 | 放射線装置・器具・機器及び同位元素の使用室・病室の標識 | 次の室がありますか (ある室を○で囲む) エックス線診療室 診療用高エネルギー放射線発生装置使用室、診療用粒子線照射装置使用室、診療用放射線照射装置使用室、診療用放射線照射器具使用室、放射性同位元素装備診療機器使用室、診療用放射性同位元素使用室、陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室、放射線治療病室 上記の室にその使用室である旨を示す標識が付されていますか |
| | 1. 診療室及び各装置・機器使用室並びに治療病室としての標識 | |
| | 2. 各使用室の出入口の構造 | 診療用高エネルギー放射線発生装置使用室、診療用粒子線照射装置使用室、診療用放射線照射装置使用室、診療用放射線照射器具使用室、診療用放射性同位元素使用室及び陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室については、人が常時出入りする出入口は1カ所となっていますか |
| 6-5 | 使用中の表示 | |
| | 1. 使用室の出入口の標識 | エックス線装置を使用している時は出入口に使用中の表示がされていますか |
| | 2. 放射線の発生・照射が自動的に表示する装置 | 診療用高エネルギー放射線発生装置使用室、診療用粒子線照射装置使用室、診療用放射線照射装置使用室の出入口に放射線発生時又は照射時に自動的にその旨を表示する装置が設けられていますか |

| のマスには記入しないこと。 | | | |
|---------------|---------------------------------------|---|--------|
| 項目番号 | 項目 | 記載欄 | 記入欄 |
| 6-6 | 取扱者の遵守事項 | | |
| | 1. 作業衣の着用 | 診療用放射性同位元素使用室、陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室又は廃棄施設において作業衣等を着用していますか 作業衣を着用してみだりにこれらの室又は施設の外に出たりしていませんか | ○ ○ |
| | 2. 同位元素に汚染された物の持出し禁止 | 放射性同位元素により汚染された物をみだりに診療用放射性同位元素使用室、陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室、廃棄施設又は放射線治療病室若しくは管理区域から持ち出していませんか | ○ |
| 6-7 | 従事者の被ばく防止の措置 | | |
| | 1. 放射線診療従事者等の被ばく防止の措置 | 被ばくする線量が所定の実効線量限度及び等価線量限度を越えないような措置が講じられていますか | ○ |
| | 2. 1のうち眼の水晶体の被ばく防止の措置 | 眼の水晶体に受ける等価線量が所定の線量限度を越えないような措置が講じられていますか | ○ |
| 6-8 | 患者の被ばく防止の措置 | 放射線により、治療を受けている患者以外の入院患者が所定の実効線量を超えて被ばくしないよう十分なしゃへい措置が講じられていますか (所定の線量当量:実効線量が3ヶ月間につき1.3ミリシーベルト) | ○ |
| 6-9 | 器具又は同位元素で治療を受けている患者の標示 | 診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、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により治療を受けている患者に適当な表示を付していますか | ○ |
| 6-10 | 使用・貯蔵等の施設設備 | 放射線装置・器具・機器の使用または放射性同位元素の使用・貯蔵・運搬・廃棄について認められた施設設備で使用、貯蔵、運搬、廃棄をしていますか | ○ |
| 6-11 | 照射器具及び同位元素の管理 | | |
| | 1. 照射器具の紛失防止 | 診療用放射線照射器具の紛失防止について適切な措置がとられていますか | ○ |
| | 2. 同位元素の廃止後の措置 | 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の使用廃止後の措置について適切な措置がとられていますか | ○ |
| 6-12 | 障害防止措置 | エックス線装置、診療用高エネルギー放射線発生装置、診療用粒子線照射装置、診療用放射線照射装置及び放射性同位元素装備診療機器について所定の障害防止の方法が講じられていますか | ○ |
| 6-13 | 閉鎖施設の設備・器具 | | |
| | 1. 外部に通じる部分の閉鎖のための設備等 | 放射性同位元素装備診療機器使用室、貯蔵施設、保管廃棄設備の外部に通ずる部分に閉鎖のための設備または器具を設けていますか | ○ |
| | 2. 排液処理槽の開口部の構造と人の立入禁止措置 | 排液処理槽の上部開口部の周囲に人がみだりに立ち入らないよう柵等で区画され、その出入口に鍵そのほか閉鎖のための設備又は器具が設けられていますか | ○ |
| 6-14 | 放射性同位元素使用室の設備 | | |
| | 1. 放射線測定器、汚染除去器の設置 | 出入口付近に汚染の検査に必要な放射線測定器、汚染除去に必要な器材及び洗浄設備並びに更衣設備が設けられていますか | ○ |
| | 2. 準備室の排気設備 | 準備室にフード、グローブボックス等の装置が設けられているときは排気設備に連結されていますか また、洗浄設備を設けていますか | ○ ○ |
| 6-15 | 貯蔵箱等の障害防止の方法と管理 | | |
| | 1. 貯蔵容器等の防護 | 貯蔵及び運搬時に1メートルの距離における実効線量率が100マイクロシーベルト毎時以下になるようしゃへいされていますか | ○ |
| | 2. 容器の構造と材質 | 貯蔵容器、運搬容器について、空気を汚染するおそれのある場合は気密構造となっていますか また、液体状の場合はこぼれにくい構造で液体の浸透しにくい材料になっていますか | ○ |
| | 3. 標識の標示 | 貯蔵容器、運搬容器または保管廃棄容器を示す標識が付されていますか | ○ |
| 6-16 | 廃棄施設 | | |
| | 1. 排液処理槽の構造 | 排水設備において排液流出の調整装置が設けられていますか | ○ |
| | 2. 排気設備の空気拡散防止の設備 | 排気設備において放射性同位元素によって汚染された空気のひろがりを急速に防止することのできる装置が設けられていますか | ○ |
| 6-17 | 通報連絡網の整備 | 事故発生に伴う連絡網並びに通報先等を記載した、通報基準や通報体制が予め定められていますか | ○ |
| 6-18 | 移動型エックス線装置の保管 | 鍵のかかる保管場所又は鍵をかけて移動させられないようないずれかの措置が講じられていますか | ○ |
| 6-19 | 陽電子断層撮影診療用放射性同位元素の使用体制の確保 | | |
| | 1. 放射線障害の防止に関する予防措置 | 放射線障害の防止に関する予防措置が講じられていますか | ○ |
| | 2. 陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を使用できる医師又は歯科医師の配置 | 陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を使用できる医師又は歯科医師が配置されていますか | ○ |