

エックス線装置に関わる届出について

- ・診療所の管理者は、エックス線装置を設置又は廃止する場合、保健所に各種届出が必要となります。
- ・開設者が変更の場合（親から子へ交代、個人から会社・法人へ変更等）にも必要となります。
- ・申請書類は、大津市役所ホームページからダウンロードできます。

（大津市役所HP → 健康・医療 → 医療 → 医事薬事 → 許認可・届出

→ 医事関係届出様式【診療所・助産所開設等】関係の申請書・届出書）

◎ 必要書類等

（１）X線装置を新たに備え付けた場合（新規開設時、台数増加時）

開設者	病床	構造設備の変更	申請書類				
			X線装置		開設許可事項	開設届出事項	使用許可事項
			設置届	廃止届	変更許可申請	変更届	使用許可申請
個人	なし	なし	○				
		あり	○			○	
	あり	なし	○				
		あり	○			○	○
法人	なし	なし	○				
		あり	○		○		
	あり	なし	○				
		あり	○		○		○

（２）X線装置を取り替えた場合（装置更新時等）

開設者	病床	構造設備の変更	申請書類				
			X線装置		開設許可事項	開設届出事項	使用許可事項
			設置届	廃止届	変更許可申請	変更届	使用許可申請
個人	なし	なし	○	○			
		あり	○	○		○	
	あり	なし	○	○			
		あり	○	○		○	○
法人	なし	なし	○	○			
		あり	○	○	○		
	あり	なし	○	○			
		あり	○	○	○		○

(3) X線装置を使用しなくなった場合（X線装置廃棄時、施設廃止時等）

開設者	病床	構造設備の変更	申請書類				
			X線装置		開設許可事項	開設届出事項	使用許可事項
			設置届	廃止届	変更許可申請	変更届	使用許可申請
個人	なし	なし		○			
		あり		○		○	
	あり	なし		○			
		あり		○		○	○
法人	なし	なし		○			
		あり		○	○		
	あり	なし		○			
		あり		○	○		○

※施設廃止時は、診療所廃止届及びX線装置廃止届が必要です。

(4) X線診療室を拡張・縮小した場合（施設改装時等）

開設者	病床	構造設備の変更	申請書類				
			X線装置		開設許可事項	開設届出事項	使用許可事項
			設置届	廃止届	変更許可申請	変更届	使用許可申請
個人	なし	なし					
		あり				○	
	あり	なし					
		あり				○	○
法人	なし	なし					
		あり			○		
	あり	なし					
		あり			○		○

◎ 実地検査について

新規にX線装置を設置した場合、又はX線装置の入れ替えに伴い構造設備の変更が生じた場合は、保健所医療監視員による実地検査（放射線測定器による漏えい線量測定）を行います。届出後、7～10開庁日を目安に実施します。

◎ 申請書類等記載上の注意

申請書類		注意事項
診療用エックス線装置設置届（様式第 16 号）		設置後 10 日以内に届け出てください。 管理者の印を押印してください。 放射線障害防止に関する構造設備の概要を別紙に記入の上、提出してください。
添付書類	建物の平面図	エックス線診療室の場所及び管理区域が分かるように明記してください。
	エックス線診療室の平面図・側面図	照射方向・エックス線管から天井・床及び周囲の隔壁の外側までの距離を記入してください。 隣接する室名・上階及び下階の室名を明記してください。 管理区域の標識・使用中のランプ等の位置を図中に記入してください。
	漏えい放射線測定結果報告書	報告書の有効期限は、測定から 6 ヶ月未満です。 エックス線診療室平面図（側面図）に測定箇所を明記し、報告書に添付して提出してください。
診療用エックス線装置等廃止届（様式第 25 号）		廃止後 10 日以内に届け出てください。 管理者の印を押印してください。 廃棄される場合は、処分方法（業者に委託する場合は委託先）を記入してください。
診療所開設届出事項変更届（様式第 9 号）		個人開設の診療所について、構造設備（部屋の用途）の変更が生じた場合に必要となります。変更後 10 日以内に届け出てください。 変更前・変更後の建物の平面図を添付してください。
診療所開設許可事項変更許可申請書（様式第 3 号）		非個人開設の診療所について、構造設備（部屋の用途）の変更が生じた場合に必要となります。変更前に申請してください。 変更前・変更後の建物の平面図を添付してください。
診療所使用許可証交付申請書（様式第 15 号）		有床診療所については、構造設備（部屋の用途）の変更後に必要となりますので、使用前に申請してください。 手数料（現金 23,000 円）が必要な場合があります。保健所に確認してください。

問い合わせ先

〒520-0047

大津市浜大津四丁目 1 番 1 号 明日都浜大津 1 階

大津市保健所保健総務課医事薬事係

電 話：077-522-6757

FAX：077-525-6161