

# (様式例)

令和 年 月 日

東京都保健医療局医療政策部長 殿

所在地  
病院名  
管理者名

## 改善状況等報告書

令和 年 月 日付 福保医安第 号の通知に基づき、次のとおり報告します。

(立入検査年月日 令和 年 月 日)

指摘事項	改善状況及び改善計画
許可事項の無許可変更	* 福保医安第 号をもって許可済みである。 * 月 日に変更許可申請手続きを完了した。 (申請書、許可書の写を添付。)
医療従事者 (職種: )	* 検査時 名 ・ 増員 名 ・ 現員 名 減員 名 * 新規採用者 氏名 ・ 免許番号 ・ 採用年月日 (「専属薬剤師不在」であった病院にて専属薬剤師を採用した場合は、それを確認できる資料の写しを添付。それ以外の職種でも、新規採用者の免許証を添付) * 退職者 氏名 * 充足計画 (期限等を具体的に。職員募集広告の写し等を添付。)
〇〇業務の委託契約	基準に適合する業者に、〇月〇日、新たに委託契約を交わした。 (委託契約書、受託責任者の氏名、標準作業書・業務案内書、その他指摘事項に書かれたことを改善したことを証明する書類一式の写しを添付)
届出事項の有無 又は無届け変更	* 令和〇年〇月〇日付で、〇〇保健所に備付届を提出。 * 届出された一日最大使用予定量を超えないようにする。
標識・表示不備	* 第〇撮影室に管理区域標識を追加した。(添付写真参考。)
放射線障害が発生する恐れのある場所の測定と記録不備	* 〇〇撮影室についても、6ヶ月を超えない期間ごとに漏洩線量を測定し、結果を5年間保存する。
(他の項目についても、上記例を参考に記載してください。それぞれ改善したことを証明する書類を添付してください。改善中のものについても計画や状況を具体的に記載してください。)	