

別記様式第30号(第13条関係)

診療用エックス線装置設置届出書

年 月 日

和歌山市保健所長

住所
届出者
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)

電話番号 ()

診療所電話番号 ()

次のとおり診療用エックス線装置を設置したので、医療法施行規則第24条の2の規定によりお届け
します。

名称

--

所在地

--

設置年月日	年 月 日	台 数	台
-------	-------	-----	---

放射線診療従事者の被ばく測定器の名称	有	ガラスバッチ・ポケット線量計・TLD その他()	無
放射線量測定線量計 (当該装置の放射線量の測定)	有	種類・名称	無
放射線測定器又は用具 (放射線障害が発生するおそれのある場所の測定)	有	種類・名称	無

添付書類

- 1 診療所の全体図
- 2 管理区域隣接部の平面図(上下階を含む。
※管理区域及び標識の位置を明示すること。
- 3 エックス線診療室詳細図(平面図, 立面図)
※エックス線診療の標識, 使用中の表示及び注意事項の掲示する位置を明示すること。
- 4 遮へい計算書
※管理区域, 敷地の境界, 使用室等
- 5 管理区域及びエックス線診療室外側の実効線量当量率又は実効線量当量

(注) 「エックス線装置」の届出は、個々のエックス線装置毎の届出ではなく、病院(診療所)として、エックス線装置全体を届出するものであって、個々の装置の追加、更新等は、変更届として届け出る。この場合、添付書類等は、設置届と同様とする。

エックス線診療室のエックス線障害防止に関する予防措置の概要			
使用時間の記帳の必要		有	無
放射線障害の防止に必要な注意事項の掲示	患者用	有	無
	従事者用	有	無
管理区域	管理区域を設ける場所	別添図面のとおり	
	境界における実効線量が1.3mSv/3か月以下となる措置	有	無
	管理区域の標識	有	無
	立入制限措置	有	無
敷地内居住区域及び敷地の境界における実効線量が250 μ Sv/3か月以下となる措置		有	無
入院患者(診療により被ばくする放射線を除く。)の実効線量が1.3mSv/3か月以下となる措置		有	無
放射線障害が発生するおそれのある場所の測定		有	無
従事者の被ばく防止用器具		有	防護エプロン, その他 無
個人被ばく線量で不均等被ばくの可能性		有	無
<p>移動型及び携帯型エックス線装置を備えた場合(該当する使用事項にチェックすること。)</p> <p><input type="checkbox"/> 特別の理由により移動して使用</p> <p><input type="checkbox"/> 在宅医療においてエックス線装置を使用</p> <p><input type="checkbox"/> 診療用高エネルギー放射線発生装置又は診療用放射線照射装置による体外照射の位置決定</p> <p><input type="checkbox"/> 診療用高放射線照射装置又は照射器具を患者の体内に挿入すべき部位決定</p> <p><input type="checkbox"/> 診療用放射性同位元素を投与した患者の画像診断の精度向上のため、CT装置の吸収補正用として使用</p> <p>エックス線装置をエックス線診療室以外の場所で使用する場合の適切な防護の方法</p> <p>・防護措置の概要</p> <p>移動型及び携帯型エックス線装置を備えた場合のエックス線装置保管場所</p> <p>・保管場所()</p> <p>・保管場所の施錠は可能か</p> <p>エックス線装置をエックス線診療室以外の場所で使用する場合の適切な防護の方法</p> <p>・防護措置の概要</p> <p>移動型及び携帯型エックス線装置の使用(該当する使用事項にチェックすること。)</p> <p><input type="checkbox"/> 術中, 術後に手術室で使用</p> <p><input type="checkbox"/> CTアンギオグラフィー</p> <p><input type="checkbox"/> 診療用高エネルギー放射線発生装置又は診療用放射線照射装置・器具による治療の位置決定</p> <p><input type="checkbox"/> 診療用高エネルギー放射線発生装置使用室又は診療用高放射線照射装置・器具使用室に透視用エックス線装置を移動して使用</p> <p><input type="checkbox"/> 陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室で使用(陽電子—CT複合装置)</p>			

診療用エックス線装置に関する事項			
製 作 者 名			
型 式(製造年月)		(年 月)	
定格出力	整流方式 <input type="checkbox"/> 単相全波 <input type="checkbox"/> 三相全波 <input type="checkbox"/> インバーター	連 続 kV mA	
	蓄 電 式	短時間 kV mA	Sec
用 途		<input type="checkbox"/> 直接撮影 <input type="checkbox"/> 断層撮影 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 胸部集検用間接撮影 <input type="checkbox"/> 口腔内撮影用 <input type="checkbox"/> 歯科用パノラマ <input type="checkbox"/> 骨塩定量分析 <input type="checkbox"/> 透視用 <input type="checkbox"/> 治療用 <input type="checkbox"/> 輸血用血液 <input type="checkbox"/> 乳房撮影 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 移動用	
薬事法による承認番号			

エックス線診療室のエックス線障害防止に関する構造設備の概要				
エックス線診療室の名称		診 療 室 の 標 識		有 ・ 無
		構 造	材 料	厚 さ
診 療 室 の 防 護 の 概 要	天 井			cm mmpb
	床			cm mmpb
	周 囲 の 画 壁 等	東		cm mmpb
		西		cm mmpb
		南		cm mmpb
		北		cm mmpb
	監視用窓			cm mmpb
	出入口の扉			cm mmpb
	その他の開口部			cm mmpb
			cm mmpb	
使 用 中 の 表 示			有 ・ 無	
画壁外側の実効線量が1mSv/週以下となる措置			有 ・ 無	
診療用放射線照射装置(器具)の使用			有 ・ 無	
操作室の有無		有 ・ 無	※操作する場所は撮影室と画壁等で区分が必要	
操作場所をエックス線診療室に設ける場合(該当する使用事項があればチェックすること。) 理由 <input type="checkbox"/> 乳房撮影、近接透視撮影等で患者の近傍で撮影 <input type="checkbox"/> 使用時において1m離れた場所における線量が6 μ Sv/h以下となる構造の骨塩分析用装置 <input type="checkbox"/> 使用時において機械表面の線量が6 μ Sv/h以下となる構造の輸血用血液照射装置 <input type="checkbox"/> 組織内照射治療を行う場合 防護措置の概要				

エックス線装置の製作者名及び型式				
診 療 室 名	製 作 者 名	型 式	定格出力	用 途

※ エックス線装置全体の概略が分かるように記入すること。なお、個々の装置の追加又は変更があった場合についても、装置全体を記入すること。

※ エックス線診療室内に複数のエックス線装置を備え付けた場合、装置毎に届出が必要である。

なお、この場合エックス線装置の使用条件等を具体的に記載し、2台以上の装置から患者に同時照射できないようにする装置を設けること。

エックス線診療に従事する医師， 歯科医師又は診療放射線技師又は 診療エックス線技師の氏名及びエックス線診療に関する経歴		
職 種	氏 名 (生年月日)	経 歴

(注) 経歴の欄には、免許の種類，免許取得年月日及び免許証の番号も記入すること。