

## 診療用エックス線装置変更届

年 月 日

明石市長 様

管理者名 \_\_\_\_\_

医療法第15条第3項の規定により備えた診療用エックス線装置等を変更しましたので次のとおり届け出ます。

診 療 所	ふりがな 名 称				
	所 在 地	〒	—	TEL	—
				FAX	—
変更（予定）年月日		年 月 日			
変更の内容					
1 診療用エックス線装置 (則第24条の2第2号から第5号)					
変更の理由					

〔提出数〕 2部 (1部申請者控え)

〔提出日〕 変更後10日以内

〔添付書類〕 添付している書類の□にチェックすること

診療所の全体図

管理区域の平面図 (上下階を含む)

遮蔽計算書 ※管理区域、敷地の境界、使用室等

エックス線診療室詳細図 (平面図、立面図)

※エックス線診療室の標識、使用中の表示、注意事項の掲示する位置を明示

エックス線診療室の漏えい線量測定結果

使用測定器の校正証明書 (写し)

### 変更を要する内容の詳細 (参考) ※医則条文抜粋

1 診療用エックス線装置 (則第24条の2第2号から第5号)

二 エックス線装置の製作者名、型式及び台数

三 エックス線高電圧発生装置の定格出力

四 エックス線装置及びエックス線診療室のエックス線障害の防止に関する構造設備及び予防措置の概要

五 エックス線診療に従事する医師、歯科医師、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

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
変更前				
変更後				

〔注意事項〕

- ・エックス線装置全体の概略がわかるように記入すること。変更前・変更後の装置（変更がない装置も含む。）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。

放射線診療に従事する医師、歯科医師、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 (免許の種類・免許取得年月日・免許証番号)

※第1種放射線取扱主任者、放射線管理士等を取得している場合はその旨を記載すること

診療用エックス線装置に関する事項			
製 作 者 名			
型式（高電圧発生装置型名）		（ 年 月製造）	
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	連続 短時間	kV mA kV mA Sec
	蓄電式	kV μF	
エックス線装置の管球数		管球	
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"/> 輸血用血液照射 <input type="checkbox"/> 乳房撮影 <input type="checkbox"/> 位置決め用 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 移動用（直接、透視）	
医薬品医療機器等法による承認番号			

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		
診 療 室 の 防 護 の 概 要	構 造	材 料	厚	さ		
	天井		コンクリート・その他( )	cm	mmpb	
	床		コンクリート・その他( )	cm	mmpb	
	周囲 の 面 壁 等	東		コンクリート・その他( )	cm	mmpb
		西		コンクリート・その他( )	cm	mmpb
		南		コンクリート・その他( )	cm	mmpb
		北		コンクリート・その他( )	cm	mmpb
		監視用窓		鉛ガラス・その他( )	cm	mmpb
		出入り口の扉		cm	mmpb	
	その他の開口部		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		
操作室の有無	有・無	※操作する場所は撮影室と面壁等で区分が必要				
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"/> 乳房撮影又は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6μSv/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6μSv/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 <input type="checkbox"/> 歯科用デンタルで1週間につき1000mA/秒以下で撮影  防護措置の概要						

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 μSv/3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	<table border="1"> <tr> <td>防護エプロン その他</td> <td>無</td> </tr> </table>	防護エプロン その他	無
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>エックス線診療室以外で使用する場合</p> <input type="checkbox"/> 特別の理由により移動して使用 <input type="checkbox"/> 在宅医療においてエックス線装置を使用 <input type="checkbox"/> 移動用CTを手術室で使用 <input type="checkbox"/> 移動型透視用エックス線装置の使用（使用用途にチェックすること） <input type="checkbox"/> 術中、術後に手術室で使用 <input type="checkbox"/> CTアンギオグラフィーで使用 <p>移動型エックス線装置、携帯型エックス線装置又は移動型透視用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> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保管場所（ ）</li> <li>・保管場所の施錠（有 ・ 無）</li> </ul> <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> <ul style="list-style-type: none"> <li>・防護措置の概要</li> </ul>					