

## 〔診療所〕 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<br>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<br>(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<br>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<br>(生年月日) | 経 歴<br>(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



