

記載例 4

様式第38号

透視用撮影装置の場合
(X線TV・血管撮影・外科用イメージ装置等)

エックス線装置備付届出書

平成〇〇年〇月〇日

宮城県知事 殿
(仙台市保健所長)

この住所は病院の住所ではありません。管理者(院長等)の住所になります。

管理者の住所 〇市〇丁目〇番〇〇
管理者の氏名 〇〇病院 院長〇〇

◇◇病院
院長印

診療の用に供するエックス線装置を備えたので、医療法第15条第3項及び医療法施行規則第24条の2の規定により、次のとおり届け出ます。

1 病院又は診療所に関する事項

名 称	〇〇病院		
所 在 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇〇〇〇丁目〇番〇〇 電話：〇〇〇-〇〇〇〇		
製造者名	〇〇メディカル株式会社		
型 式	〇〇〇〇 ABC-DEFG (HI123-45)		
定 格 出 力	変圧器式	撮影	120 (kV) 300 (mA) 1 秒 (300mAs)
		透視	120 (kV) 300 (mA)
	蓄放式	(kV) (μF)	
台数及びエックス線管の数	1 台	1 管球	
用 途	直接撮影用・断層撮影・透視用・CT・乳房撮影用・胸部集検用間接撮影・ 口内法撮影用・歯科用パノラマ断層撮影・輸血用血液照射・骨塩定量分析・ 治療用・その他()		
使 用 場 所	(有の場合)	使用室	エックス線診療室・手術室・病室・ICU等
		理 由	位置決め・吸収補正・重ね合わせ・その他()

撮影機能がある場合は、「撮影」の欄も記入してください。(以下、同じ)

製造業者(メーカー名)を記入してください。(販売仲介業者名ではありません)

カタログ等で確認できる型式及び装置の銘板で確認できる型式を記入して下さい。また必要に応じて()書きで、高圧電圧発生装置や管球型番等を記入してください。

定格出力の表示が管電流時間積になっている場合には、mAs単位で記入しても差し支えありません。

パイプラインの場合は2管球になります。

必ず該当する項目に〇を付けて下さい。

手術室用の透視装置(外科用イメージ)の場合はこちらに〇を付けてください。

3 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装置の概要に関する事項

該当する方に○を付けて下さい。

エックス線管の容器及び照射筒の利用線錐以外のエックス線量 (空気カーマ率)			
下記の治療用及び口内法撮影用以外の装置		エックス線管焦点から 1 m で 1.0mGy/時以下になる構造	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無
治療用	定格管電圧	50kV以下	有・無
		50kVを超える	有・無
口内法撮影用		125kV以下	有・無
コンデンサ式高電圧装置		充電状態で照射時以外のとき装置の接触可能表面から 5 cm で 20 μ Gy/時以下になる構造	有・無
追加濾過板 <p style="text-align: center;">該当しない項目については「- (横棒)」又は「/ (斜線)」を入れて下さい。</p>			
輸血用血液照射, 治療用及び下記以外の装置			2.5 mmAl 当量 (2.5mm以上)
口内法撮影用	定格管電圧	70kV以下	mmAl 当量 (1.5mm以上)
乳房撮影用		50kV以下	mmAl 当量 (0.5mm以上) mmMo 当量 (0.03mm以上)
エックス線装置の防護			
透視装置の場合はこの欄すべてにチェックが必要です。	患者への入射線量率が50mGy/分以下になる構造 (高線量率透視制御装置の場合は, 125mGy/分以下)		<input checked="" type="checkbox"/> 有・無
	一定時間経過時に警告音等を発することのできる透視時間を積算するタイマー		<input checked="" type="checkbox"/> 有・無
	エックス線管焦点皮膚間距離が30cm以上 (手術の場合は20cm以上) となる装置又は当該焦点皮膚間距離未満で照射することを防止するインターロック		<input checked="" type="checkbox"/> 有・無
	エックス線管焦点受像器間距離において, 受像面を超えないように照射野を絞る装置		<input checked="" type="checkbox"/> 有・無
	受像器を通過したエックス線は, 受像器の接触可能表面から10cmで150 μ Gy/時以下になる構造		<input checked="" type="checkbox"/> 有・無
	最大受像面を3.0cmを超える部分を通過したエックス線は, 当該部分の接触可能表面から10cmで150 μ Gy/時以下になる構造		<input checked="" type="checkbox"/> 有・無
	利用線錐以外のエックス線を有効にしゃへいするための適切な手段 (散乱線に対する放射線診療従事者等の放射線防護手段)		<input checked="" type="checkbox"/> 有・無

撮影機能がある場合はこの欄のチェックも必要です。

撮影機能 がある場合はこの欄のチェックも必要です。	エックス線管焦点受像器間距離において、受像面を超えないようにエックス線照射野を絞る装置 (CT以外)	下記以外の装置		有・無		
		口内法撮影用	照射筒の端の照射野の直径が6cm以下	有・無		
		乳房撮影用	患者の胸壁に近い患者支持器の縁を超える広がり5mmを超えず、かつ、受像面の縁を超える照射野の広がり焦点受像器間距離の2%を超えない	有・無		
	撮影用 (胸部集検用間接撮影を除く)	下記以外の装置		45cm以上になる構造	有・無	
		口内法撮影用	定格管電圧	70kV以下	15cm以上になる構造	有・無
				70kVを超える	20cm以上になる構造	有・無
		歯科用パノラマ断層撮影		15cm以上になる構造	有・無	
		移動型及び携帯型		20cm以上になる構造	有・無	
		CT		15cm以上になる構造	有・無	
	乳房撮影用(拡大撮影に限る)		20cm以上になる構造	有・無		
移動型及び携帯型並びに手術中に使用する装置の場合	エックス線管焦点及び患者から2m以上離れた位置において操作できる構造			有・無		
	保管条件	保管場所名	<hr/>			
		保管場所の施錠、キースイッチ等の管理	有・無			
使用条件	<input type="checkbox"/> 特別の理由により移動して使用(病室等) <input type="checkbox"/> エックス線診療室内に据え置いて使用 <input checked="" type="checkbox"/> 手術室で使用(一時的に管理区域を設定) <input type="checkbox"/> その他()			有・無		
胸部集検用間接撮影	利用線錐が角錐型となり、かつ、利用するエックス線管焦点受像器間距離において、受像面を超えないようにエックス線照射野を絞る装置			有・無		
	受像器の一次防護しゃへい体は、装置の接触可能表面から10cmの距離において、1ばく射につき1.0μGy以下になる構造			有・無		
	被照射体周囲の箱状のしゃへい物から10cmの距離において、1ばく射につき1.0μGy以下になる構造			有・無		
治療用	濾過板が引き抜かれたときにエックス線の発生を遮断するインテーク			有・無		
一室に2台以上のエックス線装置を備えている場合の同時照射防止措置				有・無		

手術室用の透視装置(外科用イメージ)の場合は、「撮影用」の欄ですが、ここに必要事項を記入してください。

同室に、今回届出する以外のエックス線装置がある場合には、チェックが必要です。

エックス線診療室の構造設備

医療法上、許可（開設許可・変更許可・届出等）された室名を記入してください。

エックス線診療室名		X線TV室			
天井、床及び周囲の隔壁外側の実効線量が1 mSv/週以下となる措置				<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	
防護物の概要	区分	構造	材料	厚さ (cm)	
	天井	鉄筋コンクリート造		15 cm	
	床	鉄筋コンクリート造		15 cm	
	周囲の画壁	東	鉛合板 (Pb2mm)		10 cm
		西	鉛合板 (Pb2mm)		10 cm
		南	鉛合板 (Pb2mm)		10 cm
		北	鉛合板 (Pb2mm)		10 cm
		監視用窓	鉛ガラス (2.0mmPb相当)		2 cm
出入口の扉		鉄板	含鉛 (Pb1.0mm)	5 cm	
その他の開口部		撮影室(エックス線診療室)の中に操作盤等がないのであれば「有」としてください。			
操作室		<input checked="" type="checkbox"/> 有・無 (理由:)			
エックス線診療室である旨を示す標識				<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	
目につきやすい場所に、放射線障害の防止に必要な注意事項の掲示		患者に対するもの		<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	
		従事者に対するもの		<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	
出入口に使用中の表示				<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	
管理区域					
管理区域を設ける場所		注意事項2で添付する図面に管理区域の範囲がわかるよう記載してください。(色付け・太線等で明確に)		別添図面のとおりに	
境界における外部放射線の実効線量が1.3mSv/3月以下となる措置				<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	
管理区域内に人がみだりに立ち入らないような措置				<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	
管理区域である旨を示す標識				<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	
敷地の境界等における防護					
居住区域及び敷地境界の実効線量が250 μSv/3月以下となる防護措置				<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	
入院患者(診療により被ばくする放射線を除く)の実効線量を1.3mSv/3月以下とする防護措置				<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	

エックス線診療室で診療用放射線照射装置又は診療用放射線照射器具の使用		有 ・ 無
放射線診療従事者等の被ばく防止		
防護措置 (放射線防護用具等)	<input checked="" type="checkbox"/> 防護衣 (2.0 mmPb) <input type="checkbox"/> 防護衝立 (mmPb) <input type="checkbox"/> 防護手袋 (mmPb) <input type="checkbox"/> その他 ()	
被ばく線量の測定方法 (放射線測定器)	<input checked="" type="checkbox"/> 蛍光ガラス線量計 <input type="checkbox"/> OSL線量計 <input type="checkbox"/> 電子式ポケット線量計 <input type="checkbox"/> TLD <input type="checkbox"/> その他 ()	ガラスバッチ(千代田テクル) クイクセルバッチ(長瀬ランダウア) 電子線量計(日立アロカ等)

該当する項目にチェックしてください。

4 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

氏名	職種	エックス線診療に関する経歴(免許登録番号及び登録年月日)
〇〇 〇〇	医師	第〇〇〇〇〇号 昭和〇〇年〇〇月〇〇日登録 平成〇〇年〇〇から勤務(経験〇〇年)
〇〇 〇〇	診療放射線技師	第〇〇〇〇〇号 平成〇〇年〇〇月〇〇日登録 平成〇〇年〇〇から勤務(経験〇〇年)
〇〇 〇〇	診療放射線技師	第〇〇〇〇〇号 平成〇〇年〇〇月〇〇日登録 平成〇〇年〇〇から勤務(経験〇〇年)

欄が不足する場合は，行の追加もしくは「別紙のとおり」としても構いません。

5 備付日

平成〇〇年〇〇月〇〇日

漏えい放射線測定結果報告書の図面と同じものを使用しても構いませんが，必ずエックス線装置の位置(管球の中心位置)，装置から天井，床及び周囲の画壁の外側までの距離(m)，画壁等の材質及び厚さを記入してください。

注意事項

- エックス線診療に従事する医師等の氏名を記載し，従事する全員の氏名を記入すること。
- 隣接室名，上階及び下階の室名，周囲の状況並びに管理区域の標識及び使用中ランプ等の位置を明記したエックス線診療室の平面図及び立面図を添付すること(図面は，エックス線装置の位置，装置から天井，床及び周囲の画壁の外側までの距離(m)，画壁等の材質及び厚さ並びに縮尺及び方位を記入した縮図とすること)。
- 移動型エックス線装置(移動型エックス線装置を据え置いて使用する場
の場合，装置周囲の空間線量率分布図と保管場所を明記した図面を添付する
の場合には，画壁等の外側
可動するエックス線管球については，停止位置(最も使用頻度の高い場所もしくは使用後に停止させておく位置等)を中心としてください。その場合には，可動範囲を図面に加筆し，中心位置から最大移動する距離も図面に示してください。

- 4 漏えい放射線測定結果報告書の写し又はしゃへい計算書を添付すること（測定結果報告書は、測定条件・測定器の校正日等を明示すること）。
- 5 特別の理由によりエックス線診療室で診療用放射線照射装置又は診療用放射線照射器具を使用する場合には、適切な防護措置を講じた内容等を記載した書等を添付すること。
- 6 該当しない箇所、特に記入を要しないものについては、「—（破棒）」又は「/（斜線）」を記入すること。
- 7 装置の性能等を記した仕様書又は参考となる資料（カタログ等）を添付すること。
- 8 別紙のエックス線装置備付一覧表を添付すること。

1ページ目に記入した「型式」の記載があるカタログ等を添付してください。

実測できない箇所については、しゃへい計算書を添付してください。（地面などは除く）

別紙

エックス線装置備付一覧表

整理番号	届出年月日	製作者名	型式（型番）	用途	使用場所
1	HO. 4. 1	〇〇メディカル	ABC-01	直接撮影用	一般撮影室
2	HO. 4. 1	〇〇メディカル	EFG-02	CT	CT 撮影室
3	HO. 4. 1	〇〇メディカル	XYZ-03	透視用	X線TV室
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

今回、備付する装置を含めて、医療機関内のすべてのエックス線装置を記入してください。（廃止したものは記載不要）

（高エネルギー放射線発生装置等も記入してください。その他、治療計画用や位置決め用、重ね合わせ用（PET-CT）の装置も記入してください。）

注意事項

- 1 当該施設に備え付けられたエックス線装置をすべて記載すること。
- 2 用途の欄には、当該備付届出書の「2 エックス線装置に関する事項」の「用途」欄にある名称に準じて記載すること。
- 3 使用場所の欄には、医療法に基づいて許可を受けた室名等を記載すること。