



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、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。

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

注) 経歴の欄は、放射線診療に従事するすべての医師、歯科医師、診療放射線技師又は診療エックス線技師について免許の種類、免許取得年月日、免許証の番号を記入すること。  
(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)		(平成 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	k V      mA k V      mA      S e c
	蓄 電 式		k V      μ F
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"/> C T <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	
	周囲の画壁等	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6 μSv/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 μSv/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						

