第44号様式（第10条関係）

年　　月　　日

保健所長　様

管理者　住　所

氏　名　　　　　　　　㊞

**放射性同位元素装備診療機器備付届**

放射性同位元素装備診療機器を備えるので、医療法施行規則第27条の２の規定により次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院又は診療所 | 名称 | | | |  | | |
| 所在地 | | | | 電話番号（　　　）　　　　　　　　ＦＡＸ番号（　　　） | | |
| 放射性同位元素装備診療機器に関する事項 | 使用室名 | | | |  | | |
| 製作者名 | | | |  | | |
| 型式 | | | | （製造年月　　　年　　月） | | |
| 装備する放射性同位元素 | | | 種類 |  | | |
| 数量 | Bq | | |
| 使用予定開始時期 | | | | | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 使用室の放射線障害防止に関する構造設備の概要 | 使用の場所 | | | | | 使用室　　・　　その他（ | ） |
| 建築物の構造 | | | | | 耐火構造　・　不燃材料　・　その他（ | ） |
| 出入口のかぎ・器具等の閉鎖設備 | | | | | 有　　　・　　　無 |  |
| 間仕切り等の予防措置 | | | | | 有　　　・　　　無 |  |
| 使用室である旨の標識 | | | | | 有　　　・　　　無 |  |
| 遮へい物  遮へい物  を設ける場所 | | | | | 構　　造　　及　　び　　材　　料 | 厚　　　　さ |
| 防 護物の概要 | 天井 | | | | 鉄筋コンクリート  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | ㎜  ㎜Pb |
| 床 | | | | 鉄筋コンクリート  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | ㎜  ㎜Pb |
| 周囲の隔壁 | 東 | | | 鉄筋コンクリート  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | ㎜  ㎜Pb |
| 西 | | | 鉄筋コンクリート  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | ㎜  ㎜Pb |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 使用室の構造設備 | 防護物の概要 | 周囲の画壁 | 南 | 鉄筋コンクリート  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | ㎜  ㎜Pb |
| 北 | 鉄筋コンクリート  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | ㎜  ㎜Pb |
| 出入口の扉 | 含鉛扉　・　その他（　　　　　　　　　　） | | | ㎜  ㎜Pb |
| 画壁等の外側の実効線量が１mSv／週以下となる措置 | | | 有　　　・　　　無 | | | |
| 放射性同位元素装備診療機器使用室の放射線障害防止に関する予防措置の概要 | 放射線障害の防止に必要な注意事項の表示 | | | 患者用 | | 有　　・　　無 | |
| 従事者用 | | 有　　・　　無 | |
| 出入口の使用中の表示 | | | 有　　　・　　　無 | | | |
| 管 理 区 域 | 管理区域を設ける場所 | |  | |  | |
| 境界における実効線量が1.3mSv/３月以下となる措置 | | 有　　　・　　　無 | | | |
| 立入制限措置 | | 有　　　・　　　無 | | | |
| 管理区域である旨の標識 | | 有　　　・　　　無 | | | |
| 敷地の境界等 | 敷地内居住区域及び境界における実効線量が250μSv／３月以下となる措置 | | 有　　　・　　　無 | | | |
| 入院患者の被曝する放射線の実効線量が1.3mSv／３月以下となる措置（診療により被する放射線を除く。） | | 有　　　・　　　無 | | | |
| その他 | 取扱者の被測定器具 | | フィルムバッチ　　・　　ガラスバッチ  Ｔ　　Ｌ　　Ｄ　　・　　リングバッチ  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 放射線診療に従事する医師、歯科医師又は診療放射線技師の氏名又は経歴 | 氏　　　　　名 | | | 職種 | 経　　　　　　　　　　　歴 | | |
|  | | | 医師・歯科医師診療放射線技師 | 免許登録年月日：  免許登録番号： | | |
|  | | | 医師・歯科医師診療放射線技師 | 免許登録年月日：  免許登録番号： | | |
|  | | | 医師・歯科医師診療放射線技師 | 免許登録年月日：  免許登録番号： | | |
|  | | | 医師・歯科医師診療放射線技師 | 免許登録年月日：  免許登録番号： | | |
|  | | | 医師・歯科医師診療放射線技師 | 免許登録年月日：  免許登録番号： | | |
|  | | | 医師・歯科医師診療放射線技師 | 免許登録年月日：  免許登録番号： | | |
|  | | | 医師・歯科医師診療放射線技師 | 免許登録年月日：  免許登録番号： | | |
|  | | | 医師・歯科医師診療放射線技師 | 免許登録年月日：  免許登録番号： | | |
|  | | | 第1種放射線取扱主任者 | 免許登録年月日：  免許登録番号： | | |
|  | | | 第2種放射線取扱主任者 | 免許登録年月日：  免許登録番号： | | |

備考　１　次の書類を添えてください。

1. 病院・診療所の全体図
2. 装置一覧表（所有する全ての放射線装置（非密封放射性同位元素及び校

正用線源は除く）：別紙様式参照

(３)　隣接室名、上階及び下階の室名並びに周囲の状況を明記した平面図及び

側面図

(４)　使用室平面図・側面図（照射方向並びに防護物の材質及び厚さを記入し

た50分の１の縮図としてください。）

(５)　管理区域、管理区域の標識、使用中ランプ、注意事項、出入口等の位置

を図中に赤で記入した書類

(６)　施設の防護に関する検査、測定報告書（理論計算により規制値を算出し

た場合はその計算書を添えてください。）

　　　　 （７） 文部科学省への許可申請書（写し）及び放射線障害防止規定

(８)　その他参考となる資料（カタログ等）

２　放射性同位元素装備診療機器ごとの届出としてください。

３　届出書及び添付書類は、正副２部を提出してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　（別紙）

装置一覧表　　　　**病院又は診療所名：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| エックス線装置等の制作者及び型式 | | | | |
| 診療室名 | 製作者名 | 型式 | 定格出力  使用線源Ｂq | 使用用途 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |