

# 診療用放射線照射器具設置届

(宛先)  
広島市保健所長

管理者住所

\_\_\_\_\_ (電話)

氏名

\_\_\_\_\_

診療用放射線照射器具を備えるので、医療法第15条第3項及び医療法施行規則第27条第1項第2項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	広島市 区	(電話) (FAX) (E-mail)
診療用放射線照射器具に関する事項	型式及び個数		
	放射性同位元素の種類		
	数量 ( B q )		
	物理的半減期が30日以下のもの	年間使用予定数量 (Bq)	
		最大貯蔵予定数量 (Bq)	
	1日最大使用予定数量 ( B q )		
予定使用開始時期			年 月 日
担当者所属・氏名等			(電話)

次頁に続く。

◎ここから下には記入しないでください。

受付印
-----

特記事項
------

(受付)

(伺い)

係	専門員
---	-----

係	係長	課長
---	----	----

診療用放射線照射器具使用室の放射線障害防止に関する構造設備及び予防措置の概要（規則第30条の7）

使	用	室	名	
画壁等の材質及び厚さ等	天		井	
		床		
		壁		
	出	入	口	の
			扉	
画壁等の外側の実効線量を1mSv/週以下とする防護措置				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
出	入	口	の	数
通常出入口 その他				箇所 箇所（用途）
使用室以外での使用場所				<input type="checkbox"/> エックス線診療室 <input type="checkbox"/> 診療用放射線照射装置使用室 <input type="checkbox"/> 診療用放射性同位元素使用室 <input type="checkbox"/> 陽電子断層撮影用放射性同位元素使用室 <input type="checkbox"/> 集中強化治療室等 （集中強化治療室・心疾患強化治療室・手術室）
使用室である旨の標識				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
エックス線装置の使用				<input type="checkbox"/> 有（用途） <input type="checkbox"/> 無
移動型透視用エックス線装置の使用				<input type="checkbox"/> 有（用途） <input type="checkbox"/> 無

貯蔵施設の放射線障害防止に関する構造設備及び予防措置の概要（規則第30条の9）

貯	蔵	方	法	<input type="checkbox"/> 貯蔵室 <input type="checkbox"/> 貯蔵箱	
外部と区画された構造				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
外側の実効線量を1mSv/週以下とする防護措置				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
貯蔵施設である旨の標識				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
貯	画壁等の材質及び厚さ等	天	井		
			床		
			壁		
		出	入	口	の
				扉	
	主要構造部等の耐火構造				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	特定防火設備に該当する防火戸				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	出	入	口	の	数
通常出入口 その他				箇所 箇所（用途）	
かぎ等の閉鎖設備又は器具				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

貯蔵箱	耐火構造	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	かぎ等の閉鎖設備又は器具	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
貯蔵容器	貯蔵時の1 mの距離における実効線量率を100 $\mu$ Sv/時以下とする防護措置	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	貯蔵容器である旨の標識	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	放射性同位元素の種類及び数量の表示	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
受皿、吸収材等の汚染拡大防止設備又は器具		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

運搬容器の放射線障害防止に関する構造設備及び予防措置の概要 (規則第30条の10)

運搬時の1 mの距離における実行線量率を100 $\mu$ Sv/時以下とする防護措置	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
運搬容器である旨の標識	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
放射性同位元素の種類及び数量の表示	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

放射線治療病室の放射線障害防止に関する構造設備及び予防措置の概要 (規則第30条の12)

画壁等の材質及び厚さ等	天井	
	床	
	壁	
	出入口の扉	
画壁等の外側の実効線量が1 mSv/週以下となる措置		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
放射線治療病室である旨の標識		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
室内の壁、床等	突起物、くぼみ及び仕上材の目地等のすきまの少ない構造	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	平滑で、気体又は液体が浸透しにくくかつ、腐食しにくい材料での表面の仕上げ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

その他の放射線障害防止に関する構造設備及び予防措置の概要

放射線障害の防止に必要な注意事項の表示	患者用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	従事者用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
管理区域境界	境界における実効線量が1.3 mSv/3月以下となる措置	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	管理区域である旨を示す標識	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	管理区域への立入制限措置	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
居住区域及び敷地境界の実効線量が250 $\mu$ Sv/3月以下とする防護措置		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
診療用放射性同位元素で治療を受けている患者の表示		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

入院患者の被ばくする実効線量が 1.3 mSv / 3月以下となる措置		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
エックス線 診療室で使 用する場合 の防護措置	放射線管理体制を示す組織図	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	放射線管理責任者の選任	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
診療用放射 性同位元素 使用室で使 用する場合 の防護措置	他の患者及び放射線診療従事者の 被ばく防止措置	<input type="checkbox"/> 防護衝立	<input type="checkbox"/> 防護スクリーン ( )
	放射線管理体制を示す組織図	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	放射線管理責任者の選任	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
集中治療強 化室等で使 用する場合 の防護措置	放射線管理体制を示す組織図	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	放射線管理責任者の選任	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
放射線診療業務従事者等の被ばく防止措置		<input type="checkbox"/> しゃへい物	<input type="checkbox"/> 鉗子 <input type="checkbox"/> 防護衣 <input type="checkbox"/> その他 ( )
放射線診療従事者等の被ばく線量の測定方法		<input type="checkbox"/> OSL線量計	<input type="checkbox"/> 蛍光ガラス線量計 <input type="checkbox"/> TLD線量計 <input type="checkbox"/> 電子式ポケット線量計 <input type="checkbox"/> その他 ( )

診療用放射線照射器具を使用する医師、歯科医師又は診療放射線技師

氏名	職種	登録年月日 及び籍登録番	放射線診療に関する経歴

- ※ 該当欄のみ記入し、非該当欄は斜線で消去してください。  
 ※ 軽微な誤記、明らかな誤字脱字、記載漏れ等は、市が訂正・追記します。(承諾されない方はお申し出ください。)  
 ※ 正副2部を提出してください。

(添付書類)

- 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診療用放射線照射器具使用室、貯蔵施設及び治療病室の平面図及び側面図
- 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
- 診療用放射線照射器具使用室、貯蔵施設、運搬容器及び治療病室の放射線遮へい能力計算書(計算責任者の所属、職、氏名を記入してください。)
- エックス線室、療用放射性同位元素使用室又は集中強化治療室等で使用する場合には、放射線管理体制を示す組織図と放射線管理責任者の所属、職種及び氏名を記載した書面