

年 月 日

那覇市保健所長 宛

管理者 住 所  
フリガナ  
氏 名  
電話番号

放射性同位元素装備診療機器設置届

放射性同位元素装備診療機器を設置しますので、医療法施行規則第27条の2の規定により、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

|                            |                      |  |     |
|----------------------------|----------------------|--|-----|
| 1 病院又は診療所の名称               | (フリガナ)               |  |     |
|                            |                      |  |     |
| 2 開設場所                     | 〒                    |  |     |
|                            | TEL                  |  | FAX |
| 3 設置(使用予定)年月日              | 年 月 日                |  |     |
| 4 開設許可又は変更許可<br>年月日及び同指令番号 | 年 月 日<br>那覇市指令健保生第 号 |  |     |

1. 放射線診療装置等に関すること

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| 5 放射性同位元素装備診療機器の放射線障害防止に関する構造設備の概要                   | 放射性同位元素装備診療機器  |  |   |
|  | (呼称) :   |  |   |
|  | 製 作 者 名  |  |   |
|  | 型 式  |  |   |
|  | 台 数  |  |   |
|  | 装備する放射性同元素   | 種類   |   |
|  |  | 数量   | ベクレル(Bq)  |
|  | 使用室名 :   |  |   |
|  | 出入口の鍵・器具等の閉鎖設備   |  | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無         |
|  | 間仕切り等の放射線障害予防措置  |  | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無         |
|  | 用 途<br>(該当する□に☑をつけること)   | <input type="checkbox"/> 骨塩定量分析装置( <sup>125</sup> I、 <sup>153</sup> Gd)<br><input type="checkbox"/> ESD ガスクロマトグラフ装置( <sup>63</sup> Ni)<br><input type="checkbox"/> <sup>137</sup> Cs 血液照射装置 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |   |
|  | 天井、床及び周囲の画壁等は外側における実効線量が 1mSv/週以下                                  |  | <input type="checkbox"/> 以下 <input type="checkbox"/> 超える      |
|  | 使用室の構造設備<br>放射性同位元素装備診療機器  | 遮へい物<br>遮へい物<br>を設ける場所   | 構造 ・ 材料 ・ 厚さ  |
|  |  | 天井   |   |
|  |  | 床  |   |
|  |  | 壁  |   |
|  |  | 監視窓  |   |
|  |  | その他の開口部  |   |
|  | 放射線障害の防止に必要な注意事項の掲示  |  | 従 事 者 用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
|  |  |  | 患 者 用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無   |
| 放射性同位元素装備診療機器使用室である旨を示す標識                            |  | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  |   |
| 放射性同位元素装備診療機器を使用しているときは、放射性同位元素装備診療機器使用室の出入り口にその旨を表示 |  | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  |   |
| 管理区域   | 管理区域を設ける場所   | 別添図面の通り  |   |
|  | 管理区域の境界における実効線量が 1.3mSv/3 月以下                                      | <input type="checkbox"/> 以下 <input type="checkbox"/> 超える   |   |
|  | 管理区域である旨の標識  | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  |   |
|  | 管理区域への立入の制限措置  | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  |   |
| 等 敷 ・ そ の 他 の 境 界                                    | 病院又は診療所内の人が居住する区域及び敷地の境界における線量限度は実効線量が 250 μSv/3 月以下               | <input type="checkbox"/> 以下 <input type="checkbox"/> 超える   |   |
|  | 病院又は診療所内の病室に入院している患者の被ばくする放射線(診療により被ばくする放射線を除く)の実効線量が 1.3mSv/3 月以下 | <input type="checkbox"/> 以下 <input type="checkbox"/> 超える   |   |



## 2. 放射線診療従事者等に関すること

| 放射線診療に従事する医師・歯科医師・診療放射線技師の氏名、経歴等 |    |                        |
|----------------------------------|----|------------------------|
| 氏名                               | 職種 | 放射線診療に関する経歴            |
| 年 月 日                            |    | 資格取得年月日：<br>免許登録番号：第 号 |
| 年 月 日                            |    | 資格取得年月日：<br>免許登録番号：第 号 |
| (注) 氏名の下に生年月日を付記すること             |    |                        |

### (注意)

- 1 設置日とは、病院・有床診療所は使用許可日とし、無床診療所は漏えい線量測定実施後で、診療を開始した日とする。
- 2 開設許可番号等の記入について  
病院及び法人診療所で開設許可又は開設許可事項変更許可がある場合は記入すること。
- 3 添付書類1、2、3に管理区域を明示すること。
- 4 添付書類3.に管理区域の標識、使用中の表示、注意事項の掲示した位置を明示すること。
- 5 該当しない欄は斜線で埋める。
- 6 漏えい線量測定は、装置の設置や使用室の構造を変更した後に行い、その測定結果を添付すること。ただし、法人化等により運営を継続させる場合であって、構造設備等に変更が無いときは、医療法施行規則第30条の22に基づき定期的に行っている測定結果（設置前6ヶ月以内のもの）を添付しても差支えない。
- 7 様式サイズは、A4とする。

### (添付書類)

1. 管理区域を明示した隣接部の平面図 (病院・診療所)
2. 使用室等の詳細図 (病院・診療所)
3. 遮へい計算書等 (病院・診療所)
4. 測定結果（診療用放射線照射装置） (病院・診療所)
5. 使用した測定機器の校正証明書の写し (病院・診療所)
6. 装置の一覧表 (病院・診療所)
7. 装置の仕様書（定格出力、型式の記載ページのみ）の写し (病院・診療所)