

エックス線の発生装置の概要

診療施設名： ○○動物病院

1 エックス線装置の製作社名、型式及び台数

製作者名	△◇医療機器(株)	
台数	1	
型式	V○△-123	
製造年月日	平成21年 1月 ○日	年 月 日
装置の種類	固定式(移動不可)・固定式(移動可能) ポータブル	固定式(移動不可)・固定式(移動可能) ポータブル
主な用途	透視 撮影・その他()	透視・撮影・その他()
設置時の状態	新品・中古品	新品・中古品
設置年月日	平成21年3月31日	年 月 日

2 エックス線高電圧発生装置の定格出力

区分	管電圧	管電流	撮影時間	管電圧	管電流	撮影時間
長時間定格	kv	mA	—	kv	mA	—
短時間定格	kv ○○kv	mAs △mA	— ◇Sec	kv	mAs mA	— Sec
コンデンサ式 (型式:)	kv	μF	—	kv	μF	—

3-A エックス線装置の放射線障害の防止に関する事項

ア エックス線装置の共通事項

照射筒	有・無	有・無
絞り装置	円形・矩形・その他()	円形・矩形・その他()
線管容器及び 照射筒の漏れ 放射線量	μグレイ/時間 ○mグレイ/時間	μグレイ/時間 mグレイ/時間
総ろ過量	◇◇mm アルミニウム当量	mm アルミニウム当量

イ 透視用エックス線装置

透視用画像 モニターの種類	蛍光板、イメージインテンシファイ、 その他（ ）	蛍光板、イメージインテンシファイ、 その他（ ）
警告音付 タイマー	有 ・ 無	有 ・ 無
利用線すい 可動絞り装置	有 ・ 無	有 ・ 無
蛍光板有効面積 外照射防止装置	有 ・ 無	有 ・ 無
受像器の通過後の 放射線量	$\mu\text{グレイ}/\text{時間}$	$\mu\text{グレイ}/\text{時間}$
透視の最大受像面 の3cm超の接触 可能表面の放射線 量	$\mu\text{グレイ}/\text{時間}$	$\mu\text{グレイ}/\text{時間}$
被照射体周囲の散 乱線防護手段	有 ・ 無	有 ・ 無

ウ 撮影用エックス線装置

利用線すい可動絞り装置	有 ・ 無	有 ・ 無
照射野の直径	cm	cm
エックス線管焦点及び被照射体から鎖状 従事者までの距離(移動型及び携帯型エッ クス線装置並びに手術中使用するエックス 線装置)	メ ートル	メ ートル

エ 治療用エックス線装置

利用線すい可動絞り装置	有 ・ 無	有 ・ 無
インターロック機能付ろ過板保持装置	有 ・ 無	有 ・ 無

3-B エックス線診療室の放射線障害の防止に関する構造設備の概要

1週間の延べ撮影回数		〇〇 回数	1週間の延べ透視時間		〇時間	
診療施設の構造等		独立家屋（ 階建て）、 マンション又はアパート等の集合住宅（ 〇階建て 〇階） 耐火構造（〇〇〇—）、木造、木造モルタル又はプレハブ、その他（ ）				
エックス線診療室の概要	形態	エックス線診療専用の室、診療室と兼用の室、手術室と兼用の室 その他（ ）				
	操作室	有 ・ 無				
診療室の遮へい物等の概要	区分	材料	厚さ	放射線防護に関する措置		
	天井	〇〇	〇mm	鉛版〇mmpb コンクリート〇cm		
	床	〇〇	〇cm	コンクリート〇cm		
	周囲の遮へい物（壁を含む）	東側	〇〇	〇mm	鉛板〇mmpb	
		西側	〇〇	〇mm	鉛板〇mmpb	
		南側	〇〇	〇cm〇mm	鉛板〇mmpb	
		北側	〇〇	〇mm	鉛板〇mmpb	
		出入口の扉	〇製	〇mm	鉛板〇mmpb	
	診療室の壁等の外側における最大放射線量	〇〇 (μ)mシーベルト/1週間 以下 (〇〇 μシーベルト/1時間)				
	標識の有無	有 ・ 無	注意事項の掲示	有 ・ 無		

3-C エックス線診療室における放射線障害の防止に関する予防措置の概要

管理区域	管理区域の境界における最大放射線量	実効線量 〇〇 mシーベルト/3月間
	立入り制限措置	遮へい物（材質等）による区画、白線による区画 その他（ ）
	標識の有無	有 ・ 無
敷地内の居住区域及び敷地内の境界	人が居住する区域における最大放射線量	実効線量 〇〇 μシーベルト/3月間
	敷地の境界における最大放射線量	実効線量 〇〇 μシーベルト/3月間
その他	診療施設の見取図	別添
	エックス線装置を使用する室の遮へい物等の配置状況	別添

3-D その他の放射線障害の防止に関する予防措置の概要

防護用具の保有状況	防護手袋 (対)、防護エプロン (○人分)、ネックガード (個) 防護メガネ (個)、その他 ()
エックス線従事者等の放射線測定器の保有状況	ポケット線量計 (個)、熱ルミネス線量計 (個) フィルムバッジ (○個)、その他 (名称 数量 個)
エックス線診療等の放射線測定器の保有状況	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無 (測定器名 数量 個)
その他の措置 (健康診断等)	年1回の健康診断

4 エックス線診療に従事する獣医師の氏名及びエックス線診療に関する経歴

氏 名	年 齢	エックス線診療に関する経歴
〇〇 〇〇	〇〇	〇年〇月〇日 獣医師免許取得 No.〇〇〇

注意事項 下記の書類を添付してください。

- 1) 電離放射線漏えいエックス線量測定報告書
- 2) 診療施設の見取図
- 3) エックス線装置を使用する室の遮へい物等の配置状況