

別添 1 (更新)

医療被ばく低減施設認定審査 (更新) 受審申込書

(公社) 日本診療放射線技師会 会長 様

施設名 _____

施設長名 _____

当施設は (公社) 日本診療放射線技師会 医療被ばく低減施設認定審査を受審いたしたく、
以下に施設の概要・放射線施設の概要を記載し申込いたします。

基本情報	郵便番号・住所	〒
	電話番号(代表)	
	病床数(基準病床数)	床
	平均外来数	人
	職員数	人
放射線科 の構成	技師長名	
	診療放射線技師数	人
	放射線管理士数	人
	放射線機器管理士数	人
	放射線被ばく相談員数	人
担当者 連絡先	部署名	
	氏名	
	電話番号(内線)	
	e-mail address	

現状調査票

施設名

貴施設の現状をご記入ください（施設全体が対象です）。

- 一般撮影装置 台 (内乳房撮影装置 台)
 ➤ 歯科用撮影装置 デンタル 台 パノラマ 台 セファロ 台
 ➤ X線使用 ESWL 装置 台
 ➤ 単独 X線 CT 装置 台 (内透視可能装置 台)
 ➤ 治療計画用 CT 台
 ➤ ハイブリッド CT 装置 台
 (PET/CT 台 SPECT/CT 台 Angio/CT 台 その他 台)
 PET/CT や SPECT/CT における一般 CT 装置としての検査使用の有無 有・無
 ➤ 核医学撮像装置 台 (内 PET 台 その他 台)
 ➤ 高エネルギー放射線発生装置 台 (内位置照合用 X線装置付き 台)
 ➤ 放射線照射装置 (器具)
 (RALS 台 血液照射装置 台 ガンマナイフ 台 その他 台)
 小線源は核種、放射能量、個数が分かるよう別添ください (許可証写し可)。
 ➤ RI 治療病室 (密封 室 非密封 室)
 ➤ 内用療法 (I-131、Sr-89、Y-90、Ra-223、Lu-177 使用可能核種を○)
 ➤ PET 製剤製造用サイクロトロン 有・無
 ➤ その他 ()

医療被ばく線量の測定・評価に用いた測定器の名称等をすべてご記入ください。

メーカー名	① _____	② _____
機器名	① _____	② _____
形 式	① _____	② _____
チェンバー	① _____	② _____
	① _____	② _____
	① _____	② _____

施設名:

医療被ばく低減施設認定 自己評価調査票(モダリティ共通) Ver. 4

1	行為の正当化	
1.1	検査・治療(透視等)依頼書が適切に作成されている	A ・ B ・ C ・ NA
1.1.1	検査・治療依頼書が作成されている	A ・ B ・ C ・ NA
1.1.2	検査・治療依頼書に依頼医師の氏名が記されている	A ・ B ・ C ・ NA
1.1.3	検査・治療依頼書に患者の必要な情報(患者属性)が明確に記されている	A ・ B ・ C ・ NA
1.2	診療放射線の安全利用のための研修等が、指針に則り適切に行われている	A ・ B ・ C ・ NA
1.2.1	施設職員に医療被ばく低減に関する研修が行われている(外部でも構わない)	A ・ B ・ C ・ NA
1.2.2	研修内容は診療放射線技師、医師及び看護師等の職種に合わせた適切なものになっている	A ・ B ・ C ・ NA
1.2.3	研修は定期的かつ適切に行われている	A ・ B ・ C ・ NA
1.2.4	未受講者に対するフォローが適切に行われている。	A ・ B ・ C ・ NA
1.2.5	研修の有効性評価とそれに基づく研修方法へのフィードバックが適切に行われている	A ・ B ・ C ・ NA
1.3	患者対応が適切に行われている	A ・ B ・ C ・ NA
1.3.1	患者の医療被ばく相談あるいは質問に回答できるための自家データ(検査ごとの臓器別被ばく線量等)を整備している	A ・ B ・ C ・ NA
1.3.2	患者等からの要請があれば患者が受けた検査・治療による被ばく線量等を示すことができる	A ・ B ・ C ・ NA
1.3.3	患者の医療被ばく相談あるいは質問に回答するためのマニュアル(資料)がある	A ・ B ・ C ・ NA
1.3.4	検査・治療による被ばく線量等を診療放射線技師が適切に説明できる	A ・ B ・ C ・ NA
1.3.5	説明マニュアルの見直し(改訂)が定期的に行われている	A ・ B ・ C ・ NA
(前回受審時より変更のある事項がある場合は列記してください) 変更前:		
変更後(変更内容):		
(自由記入欄)		

施設名:

医療被ばく低減施設認定 自己評価調査票(一般・CT・透視・ANGIO・RI)

2	放射線防護の最適化	
2.1	検査・治療手順が明確であり、DRLs2020との比較検討が適切に行われている	A ・ B ・ C ・ NA
2.1.1	検査・治療マニュアルがある	A ・ B ・ C ・ NA
2.1.2	検査・治療マニュアルおよび手順に医療被ばく低減および医療安全に関する観点を取り入れている	A ・ B ・ C ・ NA
2.1.3	検査・治療ごとにDRLs2020との比較検討が行われている	A ・ B ・ C ・ NA
2.1.4	DRLs2020を担保した場合と担保していない場合の対応方法を理解し実践している(画質評価が行われていること)	A ・ B ・ C ・ NA
2.1.5	DRLs2020の趣旨を理解している	A ・ B ・ C ・ NA
2.2	患者の被ばく線量を把握・管理している	A ・ B ・ C ・ NA
2.2.1	患者の被ばく線量に関するデータを正しく評価し把握している	A ・ B ・ C ・ NA
2.2.2	検査・治療ごとに患者の被ばく線量あるいは被ばく線量を評価できる情報がすべて記録されている	A ・ B ・ C ・ NA
2.3	医療被ばく低減に関する取り組みが行われている	A ・ B ・ C ・ NA
2.3.1	放射線管理士が在籍し、主導的な役割を担っている	A ・ B ・ C ・ NA
2.3.1.1	放射線管理士が在籍している	A ・ B ・ C ・ NA
2.3.1.2	医療被ばく低減に主導的な役割を担っている	A ・ B ・ C ・ NA
2.3.2	再撮影・再検査等の防止対策を適切に行っている	A ・ B ・ C ・ NA
2.3.3	患者間違い、部位間違い等の防止対策を適切に行っている	A ・ B ・ C ・ NA
2.3.4	医療安全マニュアル等の見直し(改訂)が定期的に行われている。	A ・ B ・ C ・ NA
2.3.5	医療被ばく低減に関する研究報告等が行われている	A ・ B ・ C ・ NA
2.4	既往、アレルギーおよび妊娠等の患者情報の確認が行われている	A ・ B ・ C ・ NA
2.4.1	撮影・撮像等の前に確認すべき患者情報の基準を明確にし、実践している	A ・ B ・ C ・ NA
2.4.2	診療放射線技師等のスタッフ全員が基準を理解し、実践している	A ・ B ・ C ・ NA
2.5	放射線防護の最適化の恒常的实践	A ・ B ・ C ・ NA
2.5.1	性腺防護等、患者の被ばく低減基準を明確に定めている	A ・ B ・ C ・ NA
2.5.2	診療放射線技師等のスタッフ全員が基準を理解し実践している	A ・ B ・ C ・ NA

別添4-1:更新時

2.5.3	小児の撮影条件等の決定方法を定めている	A ・ B ・ C ・ NA
2.5.4	小児の撮影条件等の決定方法が診療放射線技師等のスタッフ間で確認されておりその資料がある。また、その方法に従って恒常的に決定していることを確認できる	A ・ B ・ C ・ NA
2.5.5	関係するマニュアル等の見直し(改訂)が定期的に行われている。	A ・ B ・ C ・ NA
2.6	放射線関連装置の保守管理	A ・ B ・ C ・ NA
2.6.1	撮影・撮像装置等の主装置の保守管理が適切に行われている	A ・ B ・ C ・ NA
2.6.2	周辺装置・備品等の保守管理が適切に行われている	A ・ B ・ C ・ NA
2.6.3	放射線管理用機器の保守管理が適切に行われている	A ・ B ・ C ・ NA
2.6.4	操作マニュアルおよび保守管理マニュアル等の見直し(改訂)が定期的に行われている	A ・ B ・ C ・ NA
2.6.5	検査・治療が安全かつ円滑に実施できる性能等を有している	A ・ B ・ C ・ NA
2.6.6	放射線機器管理士が在籍し適切な管理が行われている	A ・ B ・ C ・ NA
2.6.6.1	放射線機器管理士が在籍している	A ・ B ・ C ・ NA
2.6.6.2	装置管理に主導的な役割を担っている	A ・ B ・ C ・ NA
2.7	放射線防護関係法令を遵守し、患者、公衆、従事者等の被ばく防護・低減が適切に行われている	A ・ B ・ C ・ NA
2.7.1	標識、注意事項が適切に貼付されている	A ・ B ・ C ・ NA
2.7.2	管理区域等の線量基準が適切に遵守されている	A ・ B ・ C ・ NA
2.7.3	エックス線診療室等の設備・構造基準が適切に遵守されている	A ・ B ・ C ・ NA
2.7.4	エックス線装置等の防護基準が適切に遵守されている	A ・ B ・ C ・ NA
2.7.5	エックス線装置等の使用基準が適切に遵守されている	A ・ B ・ C ・ NA
2.7.6	その他の法令基準が適切に遵守されている	A ・ B ・ C ・ NA

記入上の注意:大項目、領域の判定及びその記入にあたっては、以下の基準に従って3段階で判定し記入してください。また、自施設が特にアピールする点がありましたら下の自由回答欄にご記入ください。

* 判定基準

A:適切である・適切なかたちで存在する・積極的に行われているなど現在の医療被ばく低減の高度なレベル達している。

B:医療被ばく低減に必要な水準に達している。

C:適切ではない・存在しない・行われていないなど医療被ばく低減に必要な水準に達していない

下位項目がある場合には、下位項目の評価を踏まえた上で、上記判定基準に基づいて判定してください。

(前回受審時より変更のある事項がある場合は列記してください)

変更前:

変更後(変更内容):