診療用放射線関係調査票様式24（1/8）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 回答年月日 | 年　　月　　日 | 回答者名 |  |
| 医療機関名 |  | | |

**１　放射線診療従事者数**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　種 | 医師･歯科医師  (放射線科医) | 技師 | | 看護職 | | その他の職員 | | | 合　計 |
| 放 | Ｘ | 正 | 準 | 検査 | ME | 他 |
| 従事者数 | （　　） |  |  |  |  |  |  |  | （　 ） |
| 内ＩＶＲ等従事者 | （　　） |  |  |  |  |  |  |  | （　 ） |
| 内新規雇用等 | （　　） |  |  |  |  |  |  |  | （　 ） |

放：診療放射線技師、Ｘ：エックス線技師、正：看護師、準：准看護師、検査：臨床検査技師、ME：臨床工学士

注１）従事者とは、放射線診療に従事する者で、非常勤職員を含んで計上すること。

２）ＩＶＲ等従事者には、エックス線透視中等にエックス線診療室内で診療に従事する（歯科）医師、放射線、看護師等を計上すること。

３）新規雇用等には、新規雇用及び配置換えなどにより新たに放射線診療従事者となった者を計上すること。

４）手術室、泌尿器科、歯科等でエックス線装置を使用しており、放射線部門で集中管理していない場合であっても、それらの従事者を含んで計上すること。

５）放射線科医については、（　）書きで再掲すること。

**２　放射線診療従事者健康診断実施状況**（電離放射線障害防止規則関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施年月日 | 定期健康診断 | | 新規雇用時等の健康診断（上記の注３） |
| 年　　月　　日  　　　　～　　月　　日 | 年　　月　　日  　　　　～　　月　　日 |
| 対象者数 |  |  |  |
| 受診者数 | ①　　　　［　　　］ | ②　　　　［　　　］ |  |
| 受診率 | ％ | ％ | ％ |

　注１）直近の定期健康診断２回分（6ヶ月以内ごと）について、記入すること。なお、問診等により医師の判断で省略した健康診断も含む。

　　２）新規雇用時等は、放射線業務に従事するときの健康診断であること。

　　３）受診者数欄には、「前年1年間に受けた実効線量が5mSvを超えず、かつ、その年1年に受ける実効線量が5mSvを超える恐れのない場合」に実施項目を省略した人数を［　］書きで再掲すること。

**２－２　健康診断結果を労働基準監督署へ報告**（２の①、②について）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①報告の有無 | □あり（報告　　　年　　月） | □なし（報告予定　　　　年　　月） |
| ②報告の有無 | □あり（報告　　　年　　月） | □なし（報告予定　　　　年　　月） |

**３　被ばく状況**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 様式24(2/8)

**３－１　前年度１年間の被ばく状況**

①前年度１年間の線量累計（４月１日から３月３１日）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実　効　線　量 | | | 水晶体の等価線量 | | 皮膚の等価線量 | |
| 5mSv以下 | 人 | ※左記50mSvを超過した者のうち、5年間で100mSvを超過 | 20mSv以下 | 人 | 500mSv以下 | 人 |
| 5mSv超  20mSv以下 | 人 |
| 20mSv超  50mSv以下 | 人 |
| 50mSvを超過 | 人 | 人 | 20mSvを超過 | 人 | 500mSvを超過 | 人 |
| 個人被ばく線量未測定の者の有無（測定器の未回収） | | | | | □あり　□なし | |

②女子の放射線診療従事者（妊娠の可能性がないと診断された者、妊娠する意思がない旨を書面で申し出た者及び妊娠中の者を除く。）の前年度４月１日からの実効線量

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 期　間 | 対象者 | 対象者の実効線量 | |
| 5mSvを超過 | 5mSv以下 |
| ４月１日から　６月３０日 | 人 | 人 | 人 |
| ７月１日から　９月３０日 | 人 | 人 | 人 |
| １０月１日から１２月３１日 | 人 | 人 | 人 |
| １月１日から　３月３１日 | 人 | 人 | 人 |

　③妊娠中の女子の有無

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 妊娠中の女子の有無 | □なし | □あり（期間　　　年　　月～　　　年　　月） |

　注）妊娠中の女子については、病院の管理者が妊娠の事実を知った時から出産するまでの間に、内部被ばくについて1mSv、腹部表面の等価線量は2mSvを越えないこと。

　④年間実効線量が高い従事者３名（昨年度累積値）

＜＊**5mSv/年を超える者については全員記載すること**（別紙（様式不問）での提出可）＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 職　　種 | 線量〔mSv〕 | 作　業　内　容 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

　⑤眼の水晶体の年間等価線量が高い従事者３名

＜＊**20mSv/年を超える者については全員記載すること**（別紙（様式不問）での提出可）＞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 氏　　名 | 職　　種 | 線量〔mSv〕 | 作　業　内　容 |
| 眼 |  |  |  |  |
| 眼 |  |  |  |  |
| 眼 |  |  |  |  |

⑥皮膚の年間等価線量が高い従事者３名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 氏　　名 | 職　　種 | 線量〔mSv〕 | 作　業　内　容 |
| 皮 |  |  |  |  |
| 皮 |  |  |  |  |
| 皮 |  |  |  |  |

**３－２　今年度の被ばく状況**

①今年度４月１日から直近までの線量累計

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実　効　線　量 | | | 水晶体の等価線量 | | 皮膚の等価線量 | |
| 5mSv以下 | 人 | ※左記50mSvを超過した者のうち、5年間で100mSvを超過 | 20mSv以下 | 人 | 500mSv以下 | 人 |
| 5mSv超  20mSv以下 | 人 |
| 20mSv超  50mSv以下 | 人 |
| 50mSvを超過 | 人 | 人 | 20mSvを超過 | 人 | 500mSvを超過 | 人 |
| 個人被ばく線量未測定の者の有無（測定器の未回収） | | | | | □あり　□なし | |

②女子の放射線診療従事者（妊娠の可能性がないと診断された者、妊娠する意思がない旨を書面で申し出た者及び妊娠中の者を除く。）の前年度４月１日からの実効線量

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 期　間 | 対象者 | 対象者の実効線量 | |
| 5mSvを超過 | 5mSv以下 |
| ４月１日から　６月３０日 | 人 | 人 | 人 |
| ７月１日から　９月３０日 | 人 | 人 | 人 |
| １０月１日から１２月３１日 | 人 | 人 | 人 |

　③妊娠中の女子の有無

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 妊娠中の女子の有無 | □なし | □あり（期間　　　年　　月～　　　年　　月） |

　④年間実効線量が高い従事者３名（今年度累積値）

＜＊**5mSv/年を超える者については全員記載すること**（別紙（様式不問）での提出可）＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 職　　種 | 線量〔mSv〕 | 作　業　内　容 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

⑤眼の水晶体の年間等価線量が高い従事者３名

＜＊**20mSv/年を超える者については全員記載すること**（別紙（様式不問）での提出可）＞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 氏　　名 | 職　　種 | 線量〔mSv〕 | 作　業　内　容 |
| 眼 |  |  |  |  |
| 眼 |  |  |  |  |
| 眼 |  |  |  |  |

⑥皮膚の年間等価線量が高い従事者３名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 氏　　名 | 職　　種 | 線量〔mSv〕 | 作　業　内　容 |
| 皮 |  |  |  |  |
| 皮 |  |  |  |  |
| 皮 |  |  |  |  |

⑦過去５年間の累積実効線量が高い従事者３名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 職　　種 | 線量〔mSv〕 | 作　業　内　容 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**４　従事者被ばく防止（低減）対策**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 種類 | 有無、数量 | 備考 |
| ○プロテクタ　鉛エプロン  　　　　　　　性腺防護  　　　　　　　ゴーグル  　　　　　　　グローブ  　　　　　　　甲状腺ブロック  ○防護衝立　　固定型  　　　　　　　移動型  ○その他 | □なし　□あり（　　　　　　　　個）  □なし　□あり（　　　　　　　　個）  □なし　□あり（　　　　　　　　個）  □なし　□あり（　　　　　　　　個）  □なし　□あり（　　　　　　　　個）  □なし　□あり（　　　　　　　　個）  □なし　□あり（　　　　　　　　個）  □なし　□あり（　　　　　　　　個）  □なし　□あり（　　　　　　　　個）  □なし　□あり（　　　　　　　　個） |  |

**５　漏洩線量測定（6ヶ月を超えない期間ごとに行うもの）について**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 業者へ委託の有無 | □なし | □あり（委託業者名：　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 直近２回の実施日 | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 |

**６　（特別管理）産業廃棄物の状況について**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 廃棄の有無 | □なし | □あり（委託業者等名：　　　　　　　　　　　　　　） |

**７　ＭＲＩ検査に対する事前チェックについて**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 禁忌事項等説明者 | □医師　□診療放射線技師　□臨床検査技師　□看護師　□その他 | |
| MRI対応植込み型デバイス患者のMRI検査実施手順書等の有無 | | □あり　□なし |

**８　放射線部門における医療安全管理**(患者・部位・プロトコル間違い、造影剤関連、体内金属やデバイス持ち込み・磁性体吸着、誤照射・過剰照射、転倒、挟み込み事故など、内容の概要についても記載ください)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年間事故件数  インシデント件数 | 件  件 | うち、検査や治療等の対応を要した件数 | 件  件 |
| 内容 | | 内容 | |
|  | |  | |

**９　保有する診療用放射線機器等**

　①装置の種類

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 装置の種類 | 台　数 | 装置の種類 | 台　数 |
| アンギオ撮影装置 |  | 血液照射装置 |  |
| 結石破砕用透視装置 |  | エックス線検診車 |  |
| 移動型外科用イメージ |  | その他の診療用エックス線装置 |  |
| その他透視装置 |  |  |
| デンタル・パノラマ撮影装置 |  |  |
| 泌尿器専用撮影装置 |  |  |
| ポータブル撮影装置 |  |  |
| （在宅）携帯用撮影装置 |  | エックス線装置以外(MRI、ｶﾞﾝﾏｶﾒﾗ等) |  |
| ＣＴ撮影装置 |  |  |
| 乳房撮影装置 |  |  |
| 骨密度測定装置 |  |  |

　※［　］内には、具体的な装置名を記入すること（エックス線装置以外では、MRI装置等を含む）。

　②前年度立入検査から現在までに変更等があった診療用エックス線装置等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 室　　名 | 旧　装　置　名 |  | 新　装　置　名 |
|  |  | → |  |
|  |  | → |  |
|  |  | → |  |
|  |  | → |  |

　注）ポータブル装置（保管場所）の変更等も記入すること。

**９－２　透視用エックス線装置**

①I.I（イメージインテンシファイア）を装備した透視装置の有無

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| I.I装置の有無 | □なし（全ての透視装置はフラットパネルのみ） | □あり（②を記入） |

②I.I装置について（①で「あり」の場合に記入）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 設置年月日  （製造年月） | I.Iの調整・交換の有無 | 透視時間の積算 | 患者への入射面での空気カーマ率の把握 | 機器更新の予定等 |
| 年　月　日  （　　　・　　） | □有（　　 年　 月）  □無 | □可能  □不可能 | □有  □無 | □有（　　 年 　月）  □無 |

　注）透視中の患者への入射線量率は、患者の入射面の利用線錐の中心における空気カーマ率が、50mGy以下毎分以下になるようにすること。ただし、高線量率透視制御を備えた装置にあっては、125mGy以下毎分以下になるようにすること。（医療法施行規則第30条第2項第1号）

**９－３　ＩＶＲ等の長時間透視の検査において、患者毎の透視時間等（被ばく線量の測定等）が記録されているか**

|  |  |
| --- | --- |
| 透視記録の有無 | □あり　方法：  □なし　理由： |

**１０　放射線治療部門**

**１０－１　診療用高エネルギー放射線発生装置（リニアック等）の使用**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 装置使用の有無 | □なし | □あり（装置名：　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**１０－２　患者に永久的に挿入する診療用放射線照射器具の使用**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 照射器具使用の有無 | □なし | □あり（内容：　　　　　　　　　　　　　　） |

**１０－３　放射線治療に従事する医師、診療放射線技師及び医学物理士**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職　種 | 氏　　名 | 従事時期 | 放射線治療に関する直近の研修歴 |
|  |  | 年　　月 | 研修名：  （　　　年　　月） |
|  |  | 年　　月 | 研修名：  （　　　年　　月） |
|  |  | 年　　月 | 研修名：  （　　　年　　月） |

　注）放射線照射装置には、１装置２名以上の配置が望ましいこと。

**１０－４　従事者の学会認定等**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 認定資格名称 | 氏　　名 | 認定資格名称 | 氏　　名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注）日本放射線腫瘍学会の認定医、日本医学放射線学会の医学物理士、日本放射線腫瘍学会の認定治療技師、日本放射線技術学会の治療専門技師、日本放射線技師会の臨床技術能力検定２級、放射線治療品質管理機構の放射線治療品質管理士等の認定資格

**１０－５　放射線治療部門における事故防止対策**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 放射線治療計画装置及びリニアック治療装置等にデータ入力した後、データが正しく入力しているか確認する体制（ダブルチェック）が確立されているか。 | □適  □不適 |
| ２ | 放射線治療に関与している医師、放射線技師、看護師等がカンファレンスを開催することより治療情報共有しているか。 | □適  □不適 |
| ３ | シュミレータ装置、治療計画装置及び治療装置について、定期的に点検を実施し、記録しているか。 | □適  □不適 |

**１０－６　放射線治療装置出力測定用線量計**

|  |  |
| --- | --- |
| 線　量　計　の　名　称 | 最終校正年月日 |
| 電位計： | 年　　月　　日 |
| チェンバー： | 年　　月　　日 |

**１１　核医学部門**

**１１－１　管理測定機器の保有状況**

　①サーベイメータ類

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 種類 | 電離箱式 | ＧＭ管式 | シンチ式 | 中性子線用 | その他 |
| 台数 | 台 | 台 | 台 | 台 | 台 |
| 校正  年月 | 年　月 | 年　月 | 年　月 | 年　月 | 年　月 |

　②ＲＩ監視システム

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 種類 | エリアモニタ | ガスモニタ | 水モニタ | ﾊﾝﾄﾞﾌｯﾄｸﾛｽ  ﾓﾆﾀ | ｷｭﾘｰﾒｰﾀｰ等 |
| 台数 | 台 | 台 | 台 | 台 | 台 |
| 点検 | 回/年 | 回/年 | 回/年 | 回/年 | 回/年 |
| 校正  年月 | 年　月 | 年　月 | 年　月 | 年　月 | 年　月 |

**１１－２　診療用放射性同位元素等廃棄物**

①現在保管中の廃棄物

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 種類 | 可燃物 | 難燃物 | 不燃物 | フィルタ |
| 数量 | 本 | 本 | 本 | 箱 |

　②廃棄物最終集荷日　　　　　　　　　　　最終出荷日　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 種類 | 可燃物 | 難燃物 | 不燃物 | フィルタ |
| 数量 | 本 | 本 | 本 | 箱 |

③廃棄フィルタ最終交換日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フィルタの種類 | 交　換　年　月　日 | 個　数 |
| プレフィルタ | 年　　月　　日 | 個 |
| ヘパフィルタ | 年　　月　　日 | 個 |
| チャコールフィルタ | 年　　月　　日 | 個 |

**１１－３　放射線治療病室**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 病床の有無 | 病　床　数 | 最近１年間の使用実績 |
| 密　封 | 有　・　無 |  | 有　・　無 |
| 非密封 | 有　・　無 |  | 有　・　無 |

**１１－４　吸収補正用線源の有無**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 線源の有無 | □なし | □あり（核種名：　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**１１－５　測定機器等にかかる校正用線源の有無**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 線源の有無 | □なし | □あり（核種名：　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**１１－６　未承認放射性医薬品の使用状況について**

|  |  |
| --- | --- |
| 使用の有無 | □あり（届出年月日　　　年　　月　　日）  　□特定臨床研究に用いるもの（臨床研究法第２条第２項）  　□再生医療等に用いるもの（再生医療等の安全性の確保等に関する法律第２条第１項）  　□先進医療及び患者申出療養によるもの（平成20年厚生労働省告示第129号）  □なし |

**１１－７　陽電子断層撮影診療用放射性同位元素（PET）の使用**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ＰＥＴの有無 | □なし | □あり（核種名：　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※①～④を記入すること。 |

①陽電子断層撮影診療に従事する医師、診療放射線技師等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職　種 | 氏　　名 | 従事時期 | 放射線治療に関する直近の研修歴 |
|  |  | 年　　月 | 研修名：  （　　　年　　月） |
|  |  | 年　　月 | 研修名：  （　　　年　　月） |
|  |  | 年　　月 | 研修名：  （　　　年　　月） |

　①-2従事者の学会認定等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 認定資格名称 | 氏　　名 | 認定資格名称 | 氏　　名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注）日本放射線腫瘍学会の認定医、日本医学放射線学会の医学物理士、日本放射線腫瘍学会の認定治療技師、日本放射線技術学会の治療専門技師、日本放射線技師会の臨床技術能力検定２級、放射線治療品質管理機構の放射線治療品質管理士等の認定資格

②安全管理責任者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職　　種 | 氏　　名 | 備　　考 |
| 医　師 |  |  |

③　放射線の防護・安全管理体制の確立を目的とした委員会の設立

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 委員会設立の有無 | □なし | □あり（時期：　　　　　　　　　　　　　　） |

　④　陽電子断層撮影診療に用いる放射性同位元素

|  |  |
| --- | --- |
| 方法 | □　サイクロトロン装置による精製　　　　　　□ デリバリー製剤 |