

放射線施設自主管理チェックリスト

施設名

- I 放射線施設・機器関係
- II 放射線診療従事者・健康診断関係
- III 放射線被ばく管理関係
- IV X線・MRI診療
- V 核医学診療
- VI 放射線治療
- VII 放射線安全管理体制
- VIII 医療安全管理体制
- IX 放射線機器の精度管理体制
- X 諸届・RI規制法

東京都保健医療局

医療政策部医療安全課

チェックリスト記入のお願い

「放射線施設自主管理チェックリスト」を作成しました。

このチェックリストを基に立入検査を行います。

立入検査日を基準として記入をお願いいたします。

※ チェックリストは両面印刷設定で作成されています。可能な限り両面印刷をお願いします。

印刷の縮小率は90%に設定されています。100%とすると1ページに収まらないことがありますのでご注意ください。

〈チェックリストの記載要領〉

□ については該当するものに チェックし、() 内にはあてはまるものに記入をしてください。

※ チェックボックスは をクリックすることでレ点の On/Off ができます。

下線部・カッコ内はテキストを記入してください。

のセルは数字・数値を記入してください。

のセルはプルダウンメニューから該当するものを選択してください。

のセルは数式が設定されています。

のセルは日付表示に設定されています。

欄や枠が足りない場合には、適宜、変更や追加をして、ご記入をお願いいたします。

【1】放射線施設関連については、東京都に提出している「施設表」の該当する部分を添付していただいても結構です。その場合、重複する部分については未記入でも問題ありません。

このチェックリストは、時流に合わせて、改訂していきたいと思っています。

みなさまからのご意見・ご感想をいただければ幸いです。

尚、チェックリスト及び立入検査の結果については、個人情報に配慮を行った上で、開示・発表させていただく場合がありますのでご承知おきください。

不明な点は下記担当までお問い合わせください。

【問い合わせ先】

東京都保健医療局 医療政策部 医療安全課 指導担当

直通電話 (03) 5320-4432

I 放射線使用施設関連

記入者氏名： _____

◆ 診療用放射線装置等の保有状況

| | | | | | | |
|---------|-----------|-------------|--------------------------|----------|-------------|------------|
| 1 | 一般撮影 | 台 | C T (SPECT-CT, PET-CT等含) | 台 | 結石破碎 | 台 |
| | マンモグラフィ | 台 | 血管撮影 | 台 | デンタル・パントモ | 台 |
| | ポータブル | 台 | X線TV | 台 | X線血液照射 | 台 |
| | 外科用イメージ | 台 | 骨密度 (骨塩定量) | 台 | その他 | 台 |
| | CT装置 (再掲) | 診断用 台 | 治療計画用 台 | IVR-CT 台 | SPECT-CT 台 | PET-CT 台 |
| MRI装置 | 3.0T 台 | 1.5T 台 | その他 T | 台 | PET-MR 台 | LINAC-MR 台 |
| 核医学診断装置 | ガンマカメラ 台 | (SPECTのみ 台 | SPECT-CT 台) | | 陽電子断層撮影装置 台 | |

| | | | | | | |
|---|------------------|----|------|-----|------------|-----|
| 2 | 診療用高エネルギー放射線照射装置 | 種別 | メーカー | 機種名 | エネルギー[MeV] | 設置年 |
| | | | | | X: E: | |
| | | | | | X: E: | |
| | | | | | X: E: | |

| | | | | | | |
|---|-------------|----|------|-----|------------|-----|
| 3 | 診療用粒子線等照射装置 | 種別 | メーカー | 機種名 | エネルギー[MeV] | 設置年 |
| | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|------------|----|------|-----|----|-----|-----|
| 4 | 診療用放射線照射装置 | 種別 | メーカー | 機種名 | 核種 | 放射能 | 設置年 |
| | | | | | | Bq | |

| | | | | | | |
|---|------------|----|----|--------|-------|-------|
| 5 | 診療用放射線照射器具 | 核種 | 形状 | 放射能・数量 | | |
| | | | | MBq × | MBq × | MBq × |
| | | | | MBq × | MBq × | MBq × |

| | | | | | |
|---|--------------------------|------|-----|------------|-----|
| 6 | サイクロトロン (PET放射性標識化合物製造用) | メーカー | 機種名 | エネルギー[MeV] | 設置年 |
| | | | | 陽子: 重陽子: | |
| | | | | 陽子: 重陽子: | |

| | | | | | | | |
|---|---------------|----|------|-----|----|-----|-----|
| 7 | 放射性同位元素装備診療機器 | 種別 | メーカー | 機種名 | 核種 | 放射能 | 設置年 |
| | | | | | | Bq | |

| | | | | |
|---|----------------|----|------|------|
| 8 | 診療用放射性同位元素使用器具 | 核種 | メーカー | 使用場所 |
| | | | | |

| | | | | | | | |
|---|------------|-----------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 9 | 診療用放射性同位元素 | 診療内容 | | 非密封治療核種 | | | |
| | | <input type="checkbox"/> ビボ | <input type="checkbox"/> 非密封治療 | <input type="checkbox"/> Y-90 | <input type="checkbox"/> I-131 | <input type="checkbox"/> Lu-177 | <input type="checkbox"/> Ra-223 |

| | | | | | |
|----|----------|------|-------|------------------|---|
| 10 | 放射線治療用病室 | 専用病室 | | 一般 (特別措置) 病室での使用 | |
| | | 密封 床 | 非密封 床 | | 床 |

| | | | | |
|----|-----------------|----|---|--------|
| 11 | 陽電子断層撮影用放射性同位元素 | 製剤 | 核種 | 法の適用除外 |
| | | | <input type="checkbox"/> C-11 <input type="checkbox"/> N-13 <input type="checkbox"/> O-15 <input type="checkbox"/> F-18 | |

| | | | | | |
|----|-------|----|--------|----|--------|
| 12 | 校正用線源 | 核種 | 放射能・数量 | 核種 | 放射能・数量 |
| | | | MBq × | | MBq × |
| | | | MBq × | | MBq × |
| | | | MBq × | | MBq × |
| | | | MBq × | | MBq × |
| | | | MBq × | | MBq × |

◆ 放射線測定器，放射線監視システム等の保有・管理状況

| 1 | サーベイメータ等 | 種類 | 台数 | 最終校正日 | 校正頻度 |
|---|----------|-------------|----|-------|------|
| | | 電離箱 | 台 | | |
| | | GM管 | 台 | | 年に1回 |
| | | Nalシンチレーション | 台 | | 年に1回 |
| | | 中性子用 | 台 | | 年に1回 |
| | | ポケット線量計 | 台 | | 年に1回 |

| 2 | 放射性同位元素関連測定器等 | 種類 | 台数 | 最終校正日 | 校正頻度 |
|---|---------------|--------------|----|-------|------|
| | | エリアモニタ | 台 | | |
| | | ガスモニタ | 台 | | 年に1回 |
| | | 水モニタ | 台 | | 年に1回 |
| | | ハンドフットクロスモニタ | 台 | | 年に1回 |
| | | キュリーメータ | 台 | | 年に1回 |

| 3 | 放射線治療用 線量計・測定器等 | 種別 | メーカー | 機器名称 | 最終校正日 | 校正頻度 |
|---|--------------------|---------|------|------|-------|------|
| | | 電位計 | | | | |
| | | | | | 年に1回 | |
| | | X線チェンバ | | | | 年に1回 |
| | | | | | | 年に1回 |
| | | 電子線チェンバ | | | | 年に1回 |
| | | 日常チェック用 | | | | 年に1回 |
| | | その他 | | | | 年に1回 |

| 4 | 放射線診断用 線量計・測定器等 (サーベイメータ除) | 種別 | メーカー | 機器名称 | 最終校正日 | 校正頻度 |
|---|----------------------------------|----|------|------|-------|------|
| | | | | | | |
| | | | | | | 年に1回 |
| | | | | | | 年に1回 |
| | | | | | | 年に1回 |
| | | | | | | 年に1回 |

◎ 放射線診断用線量計・測定器を保有していない場合，購入の予定はあるか。 はい いいえ 計画中

◆ 施設認定等取得状況

| | | | | | | |
|---|--------------------------------------|---------------------|-----------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1 | 日本診療放射線技師会 (JART) | 医療被ばく低減施設認定 | を取得しているか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> 計画中 |
| | 全国循環器撮影研究会 | IVR被ばく低減認定施設 | を取得しているか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> 計画中 |
| | 日本放射線腫瘍学会 (JASTRO) | 学会認定 | を取得しているか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> 計画中 |
| | 日本核医学会 (JSNM) | PET撮像施設認証 | を取得しているか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> 計画中 |
| | 肺がんCT検診認定機構 | 施設認定 | を取得しているか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> 計画中 |
| | 日本乳がん検診精度管理中央機構 | マンモグラフィ施設・画像評価認定 | を取得しているか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> 計画中 |
| | 日本医療機能評価機構 (JCQHC) | 病院機能評価認定 | を取得しているか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> 計画中 |
| | Joint Commission International (JCI) | 認証 | を取得しているか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> 計画中 |
| | 日本医療教育財団 | 外国人受入れ医療機関認証 (JMIP) | を取得しているか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> 計画中 |

II 放射線診療従事者・健康診断関係

記入者氏名：

◆ 放射線診療業務関係

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|-------|--|--|------|----|-----|----|----|-----|------|--|--|-------------|--|--|-------------|--|--|
| 1 | ◎ 放射線診療業務従事者数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 医師 | (うち放射線科) | 診療放射線 | 看護 | 臨床工学 | 臨床検査 | 薬剤 | その他 | 合計 | | | | | | | | | | | |
| | () | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | | |
| | ○ 常勤の放射線科医師は在籍しているか。 | | | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 診断 人 治療 人 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ◎ 原本を確認した署名等のある免許証の複写を保管管理しているか。 | | | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | ◎ 夜間・休日に放射線診療業務を行っているか。 | | | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 夜間診療体制 <input type="checkbox"/> 呼出 <input type="checkbox"/> 宿当直 <input type="checkbox"/> 交代勤務 ● 夜間診療勤務人数 人 ● 休日（日勤帯）診療勤務人数 人 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ◎ タスク・シフト/シェアとして行っている業務はあるか。 (令和3年9月30日医政発0930第16号通知) | | | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 業務内容 <input type="checkbox"/> 撮影部位の確認・検査オーダーの代行入力等 <input type="checkbox"/> 画像誘導放射線治療（IGRT）における画像の一次照合等 <input type="checkbox"/> 造影剤投与のための注入装置の操作、投与後の抜針・止血等 <input type="checkbox"/> IVRにおける補助行為（清潔区域での業務） <input type="checkbox"/> 放射線検査等に関する説明、同意書の受領 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | ○ 放射線科医から診療放射線技師へのタスク・シフト/シェアのためのガイドライン集を知っているか。 | | | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ◎ 令和3年10月1日より診療放射線技師法が改正されたことを知っているか。 | | | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ◎ 診療放射線技師法改正により拡大された業務範囲を把握しているか。 | | | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ◎ 令和6年4月1日前の免許取得者は告示研修受講が必要なことを知っているか。 | | | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 告示研修の受講状況 (月 日 現在) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td style="width: 50%;">常勤</td> <td style="width: 50%;">非常勤</td> </tr> <tr> <td>対象者数</td> <td> 人</td> <td> 人</td> </tr> <tr> <td>基礎研修のみの受講者数</td> <td> 人</td> <td> 人</td> </tr> <tr> <td>実技研修までの受講者数</td> <td> 人</td> <td> 人</td> </tr> </table> | | | | | | 常勤 | 非常勤 | 対象者数 | 人 | 人 | 基礎研修のみの受講者数 | 人 | 人 | 実技研修までの受講者数 | 人 | 人 |
| | 常勤 | 非常勤 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象者数 | 人 | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 基礎研修のみの受講者数 | 人 | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 実技研修までの受講者数 | 人 | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ○ 受講証の複写を保管管理しているか。 | | | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | ◎ 告示研修受講修了者が行っている業務はあるか。 | | | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 検討中 ● 業務内容 <input type="checkbox"/> 放射性医薬品投与のための静脈路の確保 <input type="checkbox"/> 放射性医薬品投与のための静脈路への接続、注入装置操作 <input type="checkbox"/> 造影剤投与のための静脈路の確保 <input type="checkbox"/> 造影剤投与のための静脈路への接続、注入装置操作 <input type="checkbox"/> 造影剤投与のための動脈路への接続、注入装置操作 <input type="checkbox"/> 肛門に挿入したカテーテルからの造影剤および空気の治療 <input type="checkbox"/> 鼻腔に挿入されたカテーテルからの造影剤および空気の治療 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ○ 行っている業務に係るマニュアル等は整備されているか。 | | | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 非該当 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ○ 業務を行う場合は医師・歯科医師の具体的な指示を受けているか。 | | | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 非該当 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ○ 患者急変が生じた場合の適切に対応できる体制は整備されているか。 | | | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 非該当 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | ◎ 訴訟費用保険に加入しているか。 | | | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 加入状況 <input type="checkbox"/> 全員 <input type="checkbox"/> 一部（半数以上） <input type="checkbox"/> 一部（半数未満） | | | | | | | | | | | | | | | |

◆ 電離放射線健康診断関係

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|--|---------|---------|---------|-----|----|---|-------|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|---------|---------|---------|--|---------|---------|-----|----|---|-------|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|---------|---------|
| 1 | ◎ 放射線診療業務従事者に対して法令に基づく健康診断を実施しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 実施対象 <input type="checkbox"/> 雇入れ時 <input type="checkbox"/> 配置転換時 <input type="checkbox"/> 放射線診療従事者（6月に1回） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ○ 電離放射線健康診断の結果を本人に通知しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ◎ 電離放射線健康診断実施記録（直近2回の実施記録） | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <tr> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:15%;">医師・歯科医師</td> <td style="width:15%;">診療放射線技師</td> <td style="width:15%;">その他</td> <td style="width:10%;">合計</td> </tr> <tr> <td>①</td> <td>年 月 日</td> <td style="background-color: #ffff00;"></td> <td style="background-color: #ffff00;"></td> <td style="background-color: #d9ead3;">0</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="background-color: #ffff00;"></td> <td style="background-color: #ffff00;"></td> <td style="background-color: #d9ead3;">0</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="background-color: #d9ead3;">#DIV/0!</td> <td style="background-color: #d9ead3;">#DIV/0!</td> <td style="background-color: #d9ead3;">#DIV/0!</td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:15%;">医師・歯科医師</td> <td style="width:15%;">診療放射線技師</td> <td style="width:15%;">その他</td> <td style="width:10%;">合計</td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>年 月 日</td> <td style="background-color: #ffff00;"></td> <td style="background-color: #ffff00;"></td> <td style="background-color: #d9ead3;">0</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="background-color: #ffff00;"></td> <td style="background-color: #ffff00;"></td> <td style="background-color: #d9ead3;">0</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="background-color: #d9ead3;">#DIV/0!</td> <td style="background-color: #d9ead3;">#DIV/0!</td> <td style="background-color: #d9ead3;">#DIV/0!</td> </tr> </table> | | 医師・歯科医師 | 診療放射線技師 | その他 | 合計 | ① | 年 月 日 | | | 0 | | | | | 0 | | | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | | 医師・歯科医師 | 診療放射線技師 | その他 | 合計 | ② | 年 月 日 | | | 0 | | | | | 0 | | | #DIV/0! | #DIV/0! |
| | 医師・歯科医師 | 診療放射線技師 | その他 | 合計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ① | 年 月 日 | | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 医師・歯科医師 | 診療放射線技師 | その他 | 合計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ② | 年 月 日 | | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | ◎ 電離放射線健康診断は必要な内容について実施しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 健診内容 <input type="checkbox"/> 被ばく歴、自覚症状、放射線障害の有無等の調査 <input type="checkbox"/> 白血球、百分率、赤血球、血色素量又はヘマトクリット <input type="checkbox"/> 白内障に関する眼の検査（使用線源種により省略可） <input type="checkbox"/> 皮ふの検査 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ○ 雇入れ時・配置転換時に必要な内容について実施しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 健診内容 <input type="checkbox"/> 被ばく歴、自覚症状、放射線障害の有無等の調査 <input type="checkbox"/> 白血球、百分率、赤血球、血色素量又はヘマトクリット <input type="checkbox"/> 白内障に関する眼の検査 <input type="checkbox"/> 皮ふの検査 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ☆ 眼の検査以外は実施しなければならないことを理解しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | ◎ 電離放射線健康診断個人票あるいは内容の準ずる記録を作成しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 記載内容 <input type="checkbox"/> 期間中の外部被ばくの実効線量 <input type="checkbox"/> 累計の外部被ばくの実効線量 <input type="checkbox"/> 血液、眼、皮ふの検査結果 <input type="checkbox"/> 実施不要あるいは省略の記録 <input type="checkbox"/> 医師の氏名および診断記録 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ○ 電離放射線健康診断の結果を本人に通知しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ○ 個人票は施設において30年間保管されているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | ◎ 電離放射線健康診断結果を労働基準監督署に遅滞なく提出しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 結果内容 <input type="checkbox"/> 従事労働者数 <input type="checkbox"/> 有所見者数 <input type="checkbox"/> 所見内容による区分 <input type="checkbox"/> 被ばく線量による区分 ● 直近の健診実施日から提出日までの期間 <input type="checkbox"/> 1月 <input type="checkbox"/> 3月 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 6月以上 ● 直近の健診結果の提出状況 年 月 日 労働基準監督署 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

III 放射線被ばくに係る管理体制

記入者氏名： _____

◆ 放射線被ばく関係

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--|--|---|------|---|---|---------|-----|---------|-----------|
| 1 | ◎ 昨年度の外部被ばく状況 | | | | | | | | | |
| | ● 外部被ばく実効線量 | | | | | | | | | |
| | 5 mSv 以下 | 5 mSv 超 20 mSv 以下 | | | | | | | | |
| | _____ 人 | _____ 人 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| ● 水晶体の被ばく等価線量 (令和3年4月1日からの限度) | | | | | | | | | | |
| 20 mSv 以下 | 20 mSv 超 50 mSv 以下 | | | | | | | | | |
| _____ 人 | _____ 人 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| ● 皮ふの被ばく等価線量 | | | | | | | | | | |
| 150 mSv 以下 | 150 mSv 超 500 mSv 以下 | | | | | | | | | |
| _____ 人 | _____ 人 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| ● 昨年度外部被ばく実効線量の上位5名の記録 | | | | | | | | | | |
| 順位 | 氏名 | 職種 | 線量[mSv] | 業務内容 | 電離放射線健診受診回数 | 不均等測定 | | | | |
| 1 | | | | | <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 0回 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | |
| 2 | | | | | <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 0回 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | |
| 3 | | | | | <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 0回 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | |
| 4 | | | | | <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 0回 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | |
| 5 | | | | | <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 0回 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | |
| 2 | ◎ 放射線診療従事者の被ばく測定を適切に行っているか。 | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 測定方法 <input type="checkbox"/> ガラスバッジ <input type="checkbox"/> ルミネスバッジ <input type="checkbox"/> ポケット線量計 <input type="checkbox"/> その他 ● 個人線量計回収率 _____ % | | | | | | | |
| | ○ 終業時、夜間・休日に個人線量計を安全な場所に保管しているか。 | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | | |
| | ◎ 放射線診療従事者の不均等被ばくのおそれのある職員全員に不均等測定を行っているか。 | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 測定部位 <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 末端部 (リングバッジ等) ● 頭頸部不均等測定の装着率 <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">均等測定数</td> <td style="text-align: center;">不均等測定数</td> <td style="text-align: center;">不均等測定割合</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0 人</td> <td style="text-align: center;">_____ 人</td> <td style="text-align: center;">#DIV/0! %</td> </tr> </table> ● 頭頸部不均等測定の装着率が100%でない場合の基準 (_____) | | 均等測定数 | 不均等測定数 | 不均等測定割合 | 0 人 | _____ 人 | #DIV/0! % |
| | 均等測定数 | 不均等測定数 | 不均等測定割合 | | | | | | | |
| | 0 人 | _____ 人 | #DIV/0! % | | | | | | | |
| | ◎ 眼の水晶体の等価線量は頭頸部不均等測定より算定しているか。 | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | | |
| ◎ 放射線診療従事者の被ばく測定結果を施設で管理しているか。 | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | | | |
| ◎ 放射線診療従事者の被ばく測定結果を本人へ通知しているか。 | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | | | |
| ◎ 女子の妊娠する意思がない旨の申出制度を理解しているか。 | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | | | |

| | | |
|-------------------------------------|--|---|
| 3 | ◎ 放射線診療従事者の被ばく線量が限度を超えないように管理しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 管理基準値 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> mSv /月 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> mSv /3月 |
| | ○ 限度超過者があった場合の手順を整備しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ◎ 眼の近傍用測定器（DOSIRIS, VISION等）を使用する手順を整備しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 測定基準 <input type="checkbox"/> 50mSv/年を超えるおそれ <input type="checkbox"/> 20mSv/年を超えるおそれ <input type="checkbox"/> その他（ <input type="text"/> ） |
| | ○ 眼の近傍測定を行っている従事者はいるか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 測定人数 <input type="text"/> 人 |
| | ◎ 放射線防護衣，メガネ等を整備しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 放射線防護衣，メガネ等の定期安全管理を一元化しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 画像確認方法 <input type="checkbox"/> X線透視 <input type="checkbox"/> CT位置決め <input type="checkbox"/> 長尺FPD |
| | ★ 管理・記録は画像やシェーマを用いているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ◎ バッジや防護衣等の正しい装着方法，防護板等の使用を喚起しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 4 | ◎ 患者の高線量被ばくによる皮ふ障害の防止のための対策を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 皮ふ線量の管理基準値を設定しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 管理基準値 初回 <input type="text"/> Gy 頻回（2回目以降） <input type="text"/> Gy |
| | ◎ 患者の高線量被ばくに係る取決めや手順書は整備されているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 管理基準値を超えた際の記録等をしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 実施事項 <input type="checkbox"/> 患者・家族への説明 <input type="checkbox"/> 病棟看護師への観察に係る申し送り <input type="checkbox"/> 診療録等への記録 <input type="checkbox"/> その他（ <input type="text"/> ） ● 記録事項 <input type="checkbox"/> 線量 <input type="checkbox"/> 透視時間 <input type="checkbox"/> 障害のおそれのある部位 ● 記録実施者の職種 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 |

◆ 一時的管理区域

| | | |
|---|---------------------------------------|---|
| 1 | ◎ 移動型エックス線透視（外科用イメージ）装置・CT装置を使用しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 使用場所 <input type="checkbox"/> 手術室 <input type="checkbox"/> その他（ <input type="text"/> ） |
| | ○ 一時的管理区域設定の管理・記録をしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 記録記載内容 <input type="checkbox"/> 使用年月日 <input type="checkbox"/> 詳細な使用時間 <input type="checkbox"/> 装置名 <input type="checkbox"/> 使用目的の詳細（術式等） <input type="checkbox"/> 詳細な使用場所（室名） <input type="checkbox"/> 透視時間 <input type="checkbox"/> 標識の掲示 <input type="checkbox"/> 防護具の使用 <input type="checkbox"/> 従事者の氏名 <input type="checkbox"/> 職種 <input type="checkbox"/> 被ばくの記録 |
| | ○ 一時的管理区域設定時に放射線オーダリングはされているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 透視のみの場合はない <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 設定場所（手術室等）のスタッフは放射線診療従事者に登録されているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> いいえ |

IV 診療用放射線・MRI検査等に係る管理体制

記入者氏名：

◆ 診療用放射線・MRI検査

| | | |
|---------------------|---|---|
| 1 | ◎ 前回から今回までの期間に電子カルテ、放射線情報システムの更新はあったか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ◎ 放射線照射録を省令で定める事項を記載し作成しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 使用媒体 <input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> RIS <input type="checkbox"/> HIS <input type="checkbox"/> その他 ● 記載事項 <input type="checkbox"/> 患者氏名 <input type="checkbox"/> 性別 <input type="checkbox"/> 年齢 <input type="checkbox"/> 照射年月日 <input type="checkbox"/> 照射撮影条件 <input type="checkbox"/> 照射透視条件 <input type="checkbox"/> 指示医師名 <input type="checkbox"/> 指示内容 <input type="checkbox"/> 照射技師名 |
| | ◎ 放射線照射録を適正に保管しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 保存期間 <input type="checkbox"/> 2年 <input type="checkbox"/> 3年 <input type="checkbox"/> 5年 <input type="checkbox"/> 5年以上 |
| 2 | ◎ MRI検査の安全管理体制を整備しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> |
| | ○ MRI受検者に対して禁忌事項の説明を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ MRI受検者に対して事前チェックを行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 説明およびチェック体制 <input type="checkbox"/> オーダー時チェック <input type="checkbox"/> リストによるチェック <input type="checkbox"/> ダブルチェック体制の整備 <input type="checkbox"/> 絵や図を使用した説明 <input type="checkbox"/> ペーシェントコールの説明および確認 |
| | ○ 磁性体検知器・金属検知器は整備されているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● タイプ <input type="checkbox"/> ゲート型 <input type="checkbox"/> ポール型 <input type="checkbox"/> 携帯型 |
| | ○ チェックリスト等で問題なくとも入室前に検知器でサーベイしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 救急・緊急検査時の体内金属のチェック体制は整備されているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ◎ MRI専用の機器・用具等は、分かりやすく統一した表示をしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ MRI専用ストレッチャー・車イスは、エリア外で使用することがあるか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 使用する場所 (_____) |
| | ◎ MRI室に入室する可能性のある職員に対して安全研修を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 患者急変時の多職種シナリオ訓練を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ◎ MRI対応デバイスを埋め込んでいる患者に検査を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 検査件数 (件 / <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月) ● 立会職種 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 臨床工学士 <input type="checkbox"/> デバイス業者 |
| | ★ 検査時に除細動器が近くに配置されているか (AEDは不可)。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ★ 手順書は作成されているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| ★ 従事者の研修は行われているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| ○ 心臓以外のデバイスを扱っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● デバイス <input type="checkbox"/> DBS <input type="checkbox"/> SCS <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> その他 | |

◆ 漏洩線量測定

| | | |
|---|--|--|
| 1 | ◎ X線診療室の漏洩線量測定を6月を超えない期間で行っているか。 (PET-CT, SPECT-CT等を含む) | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 測定者 <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> 業者 (_____) ● 測定機器 <input type="checkbox"/> 電離箱 <input type="checkbox"/> バッジ <input type="checkbox"/> その他 |
| | ○ 撮影方向別に撮影および透視についてそれぞれ測定しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 6面すべてについて、1面あたり複数点の測定しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 測定結果記録には測定レンジおよび測定器の校正日を記載しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 測定結果を管理者が確認して、その記録を5年間保存しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

◆ 輸血用血液照射装置

非該当

| | | |
|---|-----------------------------------|---|
| 1 | ◎ 輸血用血液照射装置を使用しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (装置はあるが未使用) ● 放射線源 <input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> 放射性同位元素 () |
| | ○ 従事者の被ばく管理を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 照射線量の確認を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 照射線量 [] Gy ● 確認方法 <input type="checkbox"/> RAD-SURE <input type="checkbox"/> Gy-MARK <input type="checkbox"/> XRLABEL |
| | ○ 照射装置室内の漏洩線量測定を6月を超えない期間で行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

◆ 電子媒体の運用管理・情報セキュリティ

| | | |
|--------------------------|--|--|
| 1 | ◎ 「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を確認しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 確認したガイドライン 第 [] 版 |
| | ○ 運用管理規程の策定, 定期的な確認, 必要に応じた改訂を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 最新確認年月 ([] 年 [] 月) |
| | ◎ 放射線部門システムのパスワード設定・管理は適正に行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 設定しているパスワード [] 桁 <input type="checkbox"/> 英字のみ <input type="checkbox"/> 数字のみ <input type="checkbox"/> 英数組合せ <input type="checkbox"/> 英数記号組合せ <input type="checkbox"/> その他 () |
| | ◎ 放射線画像(写真), MR画像等を適正に保管しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 保存期間 <input type="checkbox"/> 2年 <input type="checkbox"/> 3年 <input type="checkbox"/> 5年 <input type="checkbox"/> 5年以上 |
| | ○ 修正等システム権限者を任命しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 権限者人数 (総数 [] 人中 [] 人) |
| | ○ 修正等記録を管理しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 依頼方法 <input type="checkbox"/> RIS <input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> その他 ● 記録方法 <input type="checkbox"/> RIS <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> その他 ● 記録内容 <input type="checkbox"/> 患者氏名 <input type="checkbox"/> 患者ID <input type="checkbox"/> 検査年月日 <input type="checkbox"/> Acc.No. <input type="checkbox"/> 検査種別 <input type="checkbox"/> 修正内容 <input type="checkbox"/> 修正者氏名 <input type="checkbox"/> 依頼者氏名 <input type="checkbox"/> 修正年月日 |
| | ○ 医師等から疑義のあった修正等はインシデント扱いとしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ◎ 情報セキュリティに関する研修を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 研修主催者 <input type="checkbox"/> グループ・法人 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 放射線部門 | |

◆ 診療室, 標識, 移動型装置等

| | | |
|---|---------------------------------------|--|
| 1 | ◎ 同室内に種別の異なるX線装置を設置の場合, 同時照射防止機構はあるか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 非該当 |
| | ◎ X線診療室に係る必要な表示をしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 表示事項 <input type="checkbox"/> 管理区域 <input type="checkbox"/> 使用中ランプ <input type="checkbox"/> 患者向け注意事項 <input type="checkbox"/> 従事者向け注意事項 |
| 2 | ◎ 移動型X線装置(ポータブル)の管理をしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 鍵の掛かる部屋あるいは従事者以外立入れない場所に保管しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3 | ◎ MRI診療室は必要な表示をしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 表示事項 <input type="checkbox"/> 強磁場発生中ランプ <input type="checkbox"/> 使用中ランプ <input type="checkbox"/> 立入制限標識 <input type="checkbox"/> 注意事項 <input type="checkbox"/> 酸素モニタ |
| 4 | ◎ X線診療室・MRI診療室は, 恒常的に整理整頓及び清掃を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

V 核医学に係る安全管理体制

非該当

記入者氏名：

◆ 空間線量率・表面汚染・作業環境測定

| | | |
|---|------------------------------------|---|
| 1 | ◎ 核医学診療管理区域の測定を1月を超えない期間で行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 測定内容 <input type="checkbox"/> 空間線量率 <input type="checkbox"/> 表面汚染密度 <input type="checkbox"/> 空气中RI濃度 ● 測定者 <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> 測定業者 (業者名:) |
| | ○ 測定結果を記録・管理を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 記載事項 <input type="checkbox"/> 測定年月日 <input type="checkbox"/> 測定方法 <input type="checkbox"/> 測定条件 <input type="checkbox"/> 測定器の種類等 <input type="checkbox"/> 測定器の校正年月日 <input type="checkbox"/> 測定箇所平面図 <input type="checkbox"/> 測定結果 <input type="checkbox"/> 測定者氏名 |
| | ○ 測定結果を管理者が確認して、その記録を5年間保存しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 測定値が限度を超えた場合に措置の概要を記録しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2 | ◎ 核医学診療管理区域の排気中RI濃度測定を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 測定方法 <input type="checkbox"/> 監視モニタ <input type="checkbox"/> 使用量からの計算 ● 測定者 <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> 測定業者 (業者名:) |
| | ○ 測定結果を記録・管理を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 記載事項 <input type="checkbox"/> 検出限界と濃度限界の明示 <input type="checkbox"/> 測定結果(3か月平均) <input type="checkbox"/> 測定者氏名 <input type="checkbox"/> 監視対象核種 (<input type="text"/>) |
| | ○ 測定結果を管理者が確認して、その記録を5年間保存しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 測定値が限度を超えた場合に措置の概要を記録しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 測定値が限度を超えた、あるいは近い値に警報等の設定をしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3 | ◎ 核医学診療管理区域の排水中RI濃度測定を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 測定方法 <input type="checkbox"/> 監視モニタ <input type="checkbox"/> 使用量からの計算 <input type="checkbox"/> サンプリング ● 測定者 <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> 測定業者 (業者名:) |
| | ○ 測定結果を記録・管理を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 記載事項 <input type="checkbox"/> 検出限界と濃度限界の明示 <input type="checkbox"/> 測定年月日 <input type="checkbox"/> 希釈処理の有無 <input type="checkbox"/> 排水量 <input type="checkbox"/> 測定結果(RI濃度) <input type="checkbox"/> 測定者氏名 <input type="checkbox"/> 監視対象核種 (<input type="text"/>) |
| | ○ 測定結果を管理者が確認して、その記録を5年間保存しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 測定値が限度を超えた場合に措置の概要を記録しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 測定値が限度を超えた、あるいは近い値に警報等の設定をしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

◆ 放射性同位元素使用施設

| | | |
|---|---------------------------------|---|
| 1 | ◎ RI施設の自主点検を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 実施頻度 <input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 3月 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 1年 <input type="checkbox"/> その他 |
| | ○ 差圧計（マノメータ）の指示値の確認及び記録を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 実施頻度 <input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 3月 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 1年 |
| 2 | ◎ RI施設への一時立入者の管理・記録を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 記録記載内容 <input type="checkbox"/> 立入年月日 <input type="checkbox"/> 入退出使用時間 <input type="checkbox"/> 立入の目的 <input type="checkbox"/> 立入者の氏名 <input type="checkbox"/> 職種 <input type="checkbox"/> 被ばくの記録 |

◆ 放射性同位元素管理記録

| | | |
|---|--|--|
| 1 | ◎ 核医学検査（PETを含む）の入手記録を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 記載事項 <input type="checkbox"/> 入手年月日 <input type="checkbox"/> 核種 <input type="checkbox"/> 放射能量 <input type="checkbox"/> 担当者氏名 |
| 2 | ◎ 核医学検査（PETを含む）の使用記録を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 記載事項 <input type="checkbox"/> 使用年月日 <input type="checkbox"/> 核種 <input type="checkbox"/> 実投与量 <input type="checkbox"/> 使用者氏名 <input type="checkbox"/> 使用目的 <input type="checkbox"/> 残量 ★ 実投与量の算定方法（シリンジ製剤全量投与の場合） ◆ 投与前 <input type="checkbox"/> 実測 <input type="checkbox"/> 減弱計算値 ◆ 投与後 <input type="checkbox"/> 実測 <input type="checkbox"/> ゼロ <input type="checkbox"/> デフォルト |
| | ○ 1日, 3月, 1年間の使用量が届出量を超えていないか確認・記録しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3 | ◎ 核医学検査（PETを含む）の一時保管記録を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 記載事項 <input type="checkbox"/> 一時保管廃棄年月日 <input type="checkbox"/> 核種 <input type="checkbox"/> 放射能量 <input type="checkbox"/> 担当者氏名 <input type="checkbox"/> 保管方法 <input type="checkbox"/> 保管場所 |

◆ 放射性同位元素廃棄関係

| 1 | ◎ RI廃棄物をアイントープ協会に引き渡しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 最終出荷廃棄物 出荷年月日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <table border="1"> <thead> <tr> <th>種類</th> <th>可燃</th> <th>難燃</th> <th>不燃</th> <th>フィルタ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>医療法</td> <td><input type="text"/> 本</td> <td><input type="text"/> 本</td> <td><input type="text"/> 本</td> <td><input type="text"/> 箱</td> </tr> <tr> <td>RI法</td> <td><input type="text"/> 本</td> <td><input type="text"/> 本</td> <td><input type="text"/> 本</td> <td><input type="text"/> 箱</td> </tr> </tbody> </table> ● 保管中廃棄物 <table border="1"> <thead> <tr> <th>種類</th> <th>可燃</th> <th>難燃</th> <th>不燃</th> <th>フィルタ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>医療法</td> <td><input type="text"/> 本</td> <td><input type="text"/> 本</td> <td><input type="text"/> 本</td> <td><input type="text"/> 箱</td> </tr> <tr> <td>RI法</td> <td><input type="text"/> 本</td> <td><input type="text"/> 本</td> <td><input type="text"/> 本</td> <td><input type="text"/> 箱</td> </tr> </tbody> </table> | 種類 | 可燃 | 難燃 | 不燃 | フィルタ | 医療法 | <input type="text"/> 本 | <input type="text"/> 本 | <input type="text"/> 本 | <input type="text"/> 箱 | RI法 | <input type="text"/> 本 | <input type="text"/> 本 | <input type="text"/> 本 | <input type="text"/> 箱 | 種類 | 可燃 | 難燃 | 不燃 | フィルタ | 医療法 | <input type="text"/> 本 | <input type="text"/> 本 | <input type="text"/> 本 | <input type="text"/> 箱 | RI法 | <input type="text"/> 本 | <input type="text"/> 本 | <input type="text"/> 本 | <input type="text"/> 箱 |
|-------|----------------------------|--|------------------------|------------------------|----|----|------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|----|----|----|------|-----|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|-----|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| 種類 | 可燃 | 難燃 | 不燃 | フィルタ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療法 | <input type="text"/> 本 | <input type="text"/> 本 | <input type="text"/> 本 | <input type="text"/> 箱 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RI法 | <input type="text"/> 本 | <input type="text"/> 本 | <input type="text"/> 本 | <input type="text"/> 箱 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 種類 | 可燃 | 難燃 | 不燃 | フィルタ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療法 | <input type="text"/> 本 | <input type="text"/> 本 | <input type="text"/> 本 | <input type="text"/> 箱 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RI法 | <input type="text"/> 本 | <input type="text"/> 本 | <input type="text"/> 本 | <input type="text"/> 箱 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | ◎ 排気フィルタの交換を適切に行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ○ チャコールフィルタは設置しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● フィルタ交換 <table border="1"> <thead> <tr> <th>種類</th> <th colspan="3">最終交換年月日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>プレ</td> <td><input type="text"/> 年</td> <td><input type="text"/> 月</td> <td><input type="text"/> 日</td> </tr> <tr> <td>へパ</td> <td><input type="text"/> 年</td> <td><input type="text"/> 月</td> <td><input type="text"/> 日</td> </tr> <tr> <td>チャコール</td> <td><input type="text"/> 年</td> <td><input type="text"/> 月</td> <td><input type="text"/> 日</td> </tr> </tbody> </table> ● フィルタ交換の目安 <input type="checkbox"/> 年数 (<input type="text"/> 年) <input type="checkbox"/> その他 (<input type="text"/>) | 種類 | 最終交換年月日 | | | プレ | <input type="text"/> 年 | <input type="text"/> 月 | <input type="text"/> 日 | へパ | <input type="text"/> 年 | <input type="text"/> 月 | <input type="text"/> 日 | チャコール | <input type="text"/> 年 | <input type="text"/> 月 | <input type="text"/> 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 種類 | 最終交換年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| プレ | <input type="text"/> 年 | <input type="text"/> 月 | <input type="text"/> 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| へパ | <input type="text"/> 年 | <input type="text"/> 月 | <input type="text"/> 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| チャコール | <input type="text"/> 年 | <input type="text"/> 月 | <input type="text"/> 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

◆ 陽電子断層撮影診療用放射性同位元素 (PET検査)

非該当

| | | |
|----------------|--|---|
| 1 | ◎ サイクロトロンを設置しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ サイクロトロン室の漏洩線量測定を6月を超えない期間で行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 非該当 ● 測定者 <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> 業者 () ● 測定機器 <input type="checkbox"/> 電離箱 <input type="checkbox"/> バッジ <input type="checkbox"/> その他 |
| 2 | ◎ PET管理責任者として要件を満たしている医師を選任しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 責任者の要件 <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 3年以上の経験 <input type="checkbox"/> 所定研修の修了 |
| | ◎ PET安全管理に専ら従事する診療放射線技師を配置しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 専ら従事する診療放射線技師は所定の研修を修了しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ◎ PET安全管理に係る委員会を設置しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 開催頻度 <input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 3月 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 1年 |
| 3 | ◎ 法の適用除外 (いわゆる「7日間ルール」) を採用しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 該当する法 <input type="checkbox"/> 医療法 <input type="checkbox"/> RI法 |
| | ○ 18Fについては一日最大使用数量が5TBq以下であるか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 誘導放射性物質等の不純物を除去して製造されているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 非該当 |
| | ○ 保管廃棄の際に他の長半減期核種の混入を避ける措置をしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ★ 廃棄物は日や各種ごとに可燃, 難燃, 不燃に分類, 封入しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ★ 封入した廃棄物に日や核種, 推定放射線量は記載されているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ★ 保管設備または汚染防止のための適切な場所に保管しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 保管場所 () |
| | ★ 廃棄物の保管記録を作成し, 5年間保存しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 保存期間 (年) |
| | ○ RI法に基づく変更許可申請および障害予防規定を変更しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 廃棄施設基準 (外測1週間につき1mSv以下) を満たしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ★ その旨を届出しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |

◆ 非密封放射性同位元素

非該当

| | | |
|---|--|--|
| 1 | ◎ 非密封放射性同位元素治療 (内用療法) を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 核種 <input type="checkbox"/> Y-90 <input type="checkbox"/> Lu-117 <input type="checkbox"/> I-131 <input type="checkbox"/> Ra-223 |
| | ○ 医療法に基づいた退出基準を適用しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 退出基準 <input type="checkbox"/> 投与量 <input type="checkbox"/> 測定線量率 <input type="checkbox"/> 患者ごとの積算線量 |
| | ○ 必要事項を記載した退出記録を作成しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 記載事項 <input type="checkbox"/> 投与量 <input type="checkbox"/> 測定線量率 <input type="checkbox"/> 患者ごとの積算線量 <input type="checkbox"/> 積算線量の計算式等 <input type="checkbox"/> 退出年月日時 <input type="checkbox"/> 授乳中の注意・指導 |
| | ○ 退出後2年間保存しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 患者・家族に対する口頭・書面等による注意事項の説明をしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 従事者の内部被ばくに関する従事時間の評価および記録をしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 従事者が当該薬剤に関する放射線安全取扱の研修等を受講しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ◎ 一般病室を特別措置病室として使用することはあるか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 特別措置病室の使用に係る許可申請をしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 管理, 運用, 行動規範に関するマニュアル等は作成されているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2 | ◎ 非密封放射性同位元素治療 (診療用放射性同位元素使用器具) を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 核種 <input type="checkbox"/> Y-90 <input type="checkbox"/> その他 () ● 使用場所 <input type="checkbox"/> アンギオ室 <input type="checkbox"/> 手術室 (Hybrid室含む) |

◆ 線源管理

| | | |
|---|-------------------------------|--|
| 1 | ◎ 吸収補正用・校正用線源の管理を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 非該当 ● 吸収補正方法 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 線源 |
| | ○ 線源に関する必要事項を記録しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 記載事項 <input type="checkbox"/> 入手年月日 <input type="checkbox"/> 保管年月日 <input type="checkbox"/> 廃棄年月日 <input type="checkbox"/> 装置形式 <input type="checkbox"/> 線源の種類 <input type="checkbox"/> 線源の個数 <input type="checkbox"/> 保管方法 <input type="checkbox"/> 保管場所 <input type="checkbox"/> 保管期間 <input type="checkbox"/> 廃棄方法 <input type="checkbox"/> 廃棄場所 <input type="checkbox"/> 管理責任者氏名 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | ○ 線源に関する記録は1年ごと3月31日で閉鎖しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 閉鎖した記録は5年間保存しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 人体に照射した際には照射録を作成しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 人体に照射する線源の医療法上の届出をしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (Ge68-Ga68はRI法) |
| | ○ 線源の管理体制は明確になっているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

◆ 診療室, 廃棄室, 標識等

| | | |
|---|--------------------------------------|--|
| 1 | ◎ 核医学診療室に係る必要な表示をしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 表示事項 <input type="checkbox"/> 管理区域 <input type="checkbox"/> 注意事項 |
| | ◎ 準備室の調剤等を行う場所は鉛ガラス等で遮へいしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ◎ 準備室の作業台等はろ紙等の使用による汚染拡大防止をしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ◎ 核医学診療室・準備室の床や壁は凹みやひび割れはないか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ◎ CT複合装置の場合区画された操作室を設置しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2 | ◎ 核医学廃棄室に係る必要な表示をしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 表示事項 <input type="checkbox"/> 管理区域 <input type="checkbox"/> 排気水管 <input type="checkbox"/> 保管廃棄 |
| | ◎ 通常の入出口以外の立入を禁止しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ◎ 核医学保管廃棄室の床や壁は凹みやひび割れはないか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3 | ◎ ハンドフットクロスモニタの動作確認をしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ◎ サーベイメータの動作確認をしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ◎ 汚染除去設備(手洗い・シャワー等)の確認をしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ◎ RI監視システムの確認をしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 4 | ◎ 核医学診療室・廃棄設備は, 恒常的に整理整頓及び清掃を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

VI 放射線治療に係る管理体制

非該当

記入者氏名：

◆ 放射線治療に係る安全管理

| | | |
|--------------------------------|--|--|
| 1 | ◎ 放射線治療に必要な人員を確保しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 医師 <input type="checkbox"/> 常勤 <input style="width: 30px;" type="text"/> 人 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input style="width: 30px;" type="text"/> 人 ● 医学物理士 <input type="checkbox"/> 常勤 <input style="width: 30px;" type="text"/> 人 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input style="width: 30px;" type="text"/> 人 ● 診療放射線技師 専任 <input style="width: 30px;" type="text"/> 人 担当 <input style="width: 30px;" type="text"/> 人 ☆ 放射線治療専門技師 <input style="width: 30px;" type="text"/> 人 品質管理士 <input style="width: 30px;" type="text"/> 人 ● 放射線治療患者の診察頻度 (週に <input style="width: 30px;" type="text"/> 回) |
| | ○ 高精度治療 (IMRT等) を行っているか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 全体治療数からのおおよその割合 <input style="width: 30px;" type="text"/> % |
| 2 | ◎ 放射線治療照射録を省令で定める事項を記載し作成しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 使用媒体 <input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> RIS <input type="checkbox"/> HIS <input type="checkbox"/> その他 ● 記載事項 <input type="checkbox"/> 患者氏名 <input type="checkbox"/> 性別 <input type="checkbox"/> 年齢 <input type="checkbox"/> 照射年月日 <input type="checkbox"/> 照射治療条件 <input type="checkbox"/> 照射撮影・透視条件 <input type="checkbox"/> 指示医師名 <input type="checkbox"/> 指示内容 <input type="checkbox"/> 照射した診療放射線技師名 |
| | ◎ 放射線治療照射録を適正に保管しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 保存期間 <input type="checkbox"/> 2年 <input type="checkbox"/> 3年 <input type="checkbox"/> 5年 <input type="checkbox"/> 5年以上 |
| 3 | ◎ 放射線治療に係る業務手順書を整備しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 各々の手順はダブルチェック以上の確認が行われているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 計画時確認事項 <input type="checkbox"/> CT(MRI)の転送 <input type="checkbox"/> MU値の検証 (手計算) <input type="checkbox"/> 照射部位の確認 <input type="checkbox"/> コリメータ, ウェッジの確認 ● 照射時確認事項 <input type="checkbox"/> 患者誤認の確認 <input type="checkbox"/> 照射野・照射角の確認 <input type="checkbox"/> MU値の確認 <input type="checkbox"/> ガントリー回転時の確認 |
| 4 | ◎ 放射線治療に係る装置・機器の日常点検をしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 点検項目 <input type="checkbox"/> 始業前出力チェック <input type="checkbox"/> 気温 <input type="checkbox"/> 気圧 <input type="checkbox"/> ガス圧 <input type="checkbox"/> 冷却水温 <input type="checkbox"/> 位置確認レーザー <input type="checkbox"/> マルチリーフ <input type="checkbox"/> 治療計画装置 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 監視カメラ <input type="checkbox"/> インターフォン <input type="checkbox"/> その他 (_____) |
| | ◎ 放射線治療に係る装置・機器の定期点検をしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 自主点検および巡視点検を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 頻度 <input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 2月 <input type="checkbox"/> 3月 <input type="checkbox"/> 6月 |
| | ○ 製造販売業者等による保守点検を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 頻度 <input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 3月 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 1年 |
| | ◎ 放射線治療の安全に係る確認を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 点検・測定時に照射する前には室内の目視確認をしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 点検・測定時に照射する前にはインターフォンで声掛けをしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ○ ドアインターロックの動作確認をしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| ★ 治療室扉の開閉スイッチの位置を従事職員に周知しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |

| | | |
|---|--|---|
| 5 | ◎ 放射化物保管設備・保管廃棄設備を設置しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (速やかに廃棄) ● 設置場所 <input type="checkbox"/> 照射室内 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | ○ 放射化物の測定等の記録を行っているか。 ○ 放射化物保管設備設置に係る届出を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 非該当 |
| 6 | ◎ 放射性同位元素を用いた治療室への一時立入者の管理・記録を行っているか。 (直線加速器等は不要) | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 非該当 ● 記録記載内容 <input type="checkbox"/> 立入年月日 <input type="checkbox"/> 入退出使用時間 <input type="checkbox"/> 立入の目的 <input type="checkbox"/> 立入者の氏名 <input type="checkbox"/> 職種 <input type="checkbox"/> 被ばく記録 |

◆ 線量モニタ校正

| | | |
|---|-------------------------------|---|
| 1 | ◎ 放射線治療装置の線量モニタ校正を定期的に行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 測定者 <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> 業者 () ● 測定間隔 <input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 2週 <input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> その他 ● 直近の測定日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 ● 測定方法 <input type="checkbox"/> 標準計測法24 <input type="checkbox"/> 標準計測法12 |
| | ○ 測定結果の誤差によりMU調整を行っている | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 調整誤差範囲 <input type="checkbox"/> 0.5%以下 <input type="checkbox"/> 1% <input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/> 3% |

◆ 放射線治療装置の使用記録

| | | |
|---|----------------------------------|--|
| 1 | ◎ 放射線治療装置の使用記録を装置ごとに行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 記録事項 <input type="checkbox"/> 使用年月日 <input type="checkbox"/> 使用目的 <input type="checkbox"/> 使用方法 <input type="checkbox"/> 使用場所 <input type="checkbox"/> 従事者氏名 <input type="checkbox"/> 装置名, 種類等 |
| | ○ 使用記録には点検・測定等の時間および線量を含んでいるか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ◎ 使用時間・線量が許可条件を超えていないことを確認しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 集計期間 <input type="checkbox"/> 1日 <input type="checkbox"/> 1週 <input type="checkbox"/> 1月 <input type="checkbox"/> 3月 |

◆ 漏洩線量測定

| | | |
|---|---------------------------------------|--|
| 1 | ◎ 放射線治療室の漏洩線量測定を6月を超えない期間で行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 測定者 <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> 業者 () ● 測定機器 <input type="checkbox"/> 電離箱 <input type="checkbox"/> バッジ <input type="checkbox"/> その他 |
| | ○ 発生するすべての線種およびエネルギーについて測定しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 中性子線の測定しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 非該当 |
| | ○ 0度, 180度, 90度, 270度についてそれぞれ測定しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 6面すべてについて測定しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 病室境界および敷地境界について測定しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 測定結果記録には測定レンジおよび測定器の校正日を記載しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 測定結果を管理者が確認して, その記録を5年間保存しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

◆ 診療用放射線照射装置・照射器具の管理・使用記録

非該当

| | | |
|---|------------------------------------|---|
| 1 | ◎ 放射線照射装置・照射器具の線源管理・記録を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 非該当 ● 記載事項 <input type="checkbox"/> 入手年月日 <input type="checkbox"/> 保管年月日 <input type="checkbox"/> 廃棄年月日 <input type="checkbox"/> 装置形式 <input type="checkbox"/> 線源の種類 <input type="checkbox"/> 線源の個数 <input type="checkbox"/> 保管方法 <input type="checkbox"/> 保管場所 <input type="checkbox"/> 保管期間 <input type="checkbox"/> 廃棄方法 <input type="checkbox"/> 廃棄場所 <input type="checkbox"/> 管理責任者氏名 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | ○ 線源に関する記録は1年ごと3月31日で閉鎖しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 閉鎖した記録は5年間保存しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2 | ◎ 放射線照射器具の使用記録を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 記載事項 <input type="checkbox"/> 核種名 <input type="checkbox"/> 核種の形体 <input type="checkbox"/> 使用数量 <input type="checkbox"/> 出入庫の年月日時 <input type="checkbox"/> 使用目的 <input type="checkbox"/> 患者氏名 <input type="checkbox"/> 従事者氏名 <input type="checkbox"/> 異常の有無 |
| | ◎ 放射線照射器具の永久挿入に係る記録を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 非該当 ● 線源に係る記録 <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 脱落線源の管理 ● 治療病室に係る記録 <input type="checkbox"/> 入退出 <input type="checkbox"/> 面会者 <input type="checkbox"/> 一時管理区域設定 ● その他の記録 <input type="checkbox"/> 治療病室の測定結果 <input type="checkbox"/> 患者への注意・指導事項 |
| | ◎ 放射線照射器具使用室の測定を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 測定箇所 <input type="checkbox"/> 使用室 <input type="checkbox"/> 処置室 <input type="checkbox"/> 治療病室 |
| | ○ 線源の紛失防止対策を整備しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3 | ◎ 放射線照射装置室を利用して放射線照射器具を使用しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 非該当 |
| | ○ 放射線照射装置の防護をしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 対策事項 <input type="checkbox"/> 照射装置の防護 <input type="checkbox"/> 床等の隙間狭小化 |
| | ○ 放射線照射装置と照射器具が同時に使用しないようにしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 放射線照射器具（線源）の紛失防止措置をしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 放射線同位元素による汚染状況の測定を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 管理責任者を中心とした放射線照射器具の管理体制を整備しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

◆ 放射線治療室，標識等

| | | |
|---|------------------------------------|---|
| 1 | ◎ 放射線治療室に係る必要な表示をしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 表示事項 <input type="checkbox"/> 管理区域 <input type="checkbox"/> 注意事項 <input type="checkbox"/> 照射中・使用中ランプ |
| 2 | ◎ 放射線照射装置，照射器具，治療病室に係る必要な表示をしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 表示事項 <input type="checkbox"/> 管理区域 <input type="checkbox"/> 注意事項 <input type="checkbox"/> 治療病室 <input type="checkbox"/> 貯蔵室・保管廃棄室 |
| | ◎ 放射線照射室・治療病室等の床や壁に凹みやひび割れはないか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3 | ◎ 放射線治療室・照射室は，恒常的に整理整頓及び清掃を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

Ⅶ 診療用放射線に係る安全管理体制

記入者氏名：

◆ 診療用放射線に係る安全管理体制

| 1 | ◎ 医療放射線安全管理責任者を配置しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 職種 <input type="checkbox"/> 放射線科医師 <input type="checkbox"/> その他の科の医師・歯科医師 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 ● 責任者氏名 (_____) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|---|--|---------|---------------|---------|---------|---------|---------|------|-----|----|----------|---|--|--|--|--|--|--|---|----------|---|--|--|--|--|--|--|---|---------|-------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | ○ 診療放射線技師が責任者の場合は正当化担当の医師を定めているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 非該当 ● 医師の診療科・役職 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> その他の科 <input type="checkbox"/> 院長 <input type="checkbox"/> 副院長 ● 担当者氏名 (_____) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ★ 責任者は常勤職員に限ることを知っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | ◎ 診療用放射線の安全利用のための指針に必要事項を記載し策定されているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 必要事項 <input type="checkbox"/> ① 基本的な考え方 <input type="checkbox"/> ② 安全利用のための研修に関する基本方針 <input type="checkbox"/> ③ 安全利用を目的とした改善のための基本方針 <input type="checkbox"/> ④ 過剰被ばくその他事例発生時の対応に関する基本方針 <input type="checkbox"/> ⑤ 医療従事者と患者間の情報共有に関する基本方針 (患者等に対する当該方針の閲覧に関する事項を含む) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ◎ 指針に従業者へ周知徹底しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 周知方法 <input type="checkbox"/> 対象職員に配布 <input type="checkbox"/> 対象部署に配布 <input type="checkbox"/> イン트라ネット <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | ◎ 診療用放射線の安全利用のための研修を対象者に年1回以上実施しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 年度内の実施を計画中 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ● 研修受講率（終了した直近の研修） | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">職 種</th> <th style="width: 15%;">医師 / (うち放射線科)</th> <th style="width: 10%;">放射線技師</th> <th style="width: 10%;">看護師</th> <th style="width: 10%;">薬剤師</th> <th style="width: 10%;">検査技師</th> <th style="width: 10%;">工学技士</th> <th style="width: 10%;">その他</th> <th style="width: 10%;">合計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>対象者数 (人)</td> <td> / </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>受講者数 (人)</td> <td> / </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>受講率 (%)</td> <td>#DIV/0! / #DIV/0!</td> <td>#DIV/0!</td> <td>#DIV/0!</td> <td>#DIV/0!</td> <td>#DIV/0!</td> <td>#DIV/0!</td> <td>#DIV/0!</td> <td>#DIV/0!</td> </tr> </tbody> </table> | 職 種 | 医師 / (うち放射線科) | 放射線技師 | 看護師 | 薬剤師 | 検査技師 | 工学技士 | その他 | 合計 | 対象者数 (人) | / | | | | | | | 0 | 受講者数 (人) | / | | | | | | | 0 | 受講率 (%) | #DIV/0! / #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! |
| | 職 種 | 医師 / (うち放射線科) | 放射線技師 | 看護師 | 薬剤師 | 検査技師 | 工学技士 | その他 | 合計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 対象者数 (人) | / | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 受講者数 (人) | / | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受講率 (%) | #DIV/0! / #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ● 研修実施内容 | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">研修実施日</th> <th style="width: 60%;">テーマ名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="background-color: #fce4d6;"></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | 研修実施日 | テーマ名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 研修実施日 | テーマ名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ● 研修方法 | <input type="checkbox"/> 集合対面方式 <input type="checkbox"/> e-learning <input type="checkbox"/> 外部研修 <input type="checkbox"/> その他 (_____) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ● 研修資料 | <input type="checkbox"/> スライド <input type="checkbox"/> 紙媒体 <input type="checkbox"/> 動画 (<input type="checkbox"/> 自作 <input type="checkbox"/> 外部) <input type="checkbox"/> その他 (_____) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ★ 確認テスト等の効果判定を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ○ 研修の実施内容を記録しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 記録内容 <input type="checkbox"/> 日時 <input type="checkbox"/> 受講者氏名 <input type="checkbox"/> 受講者職種 <input type="checkbox"/> 研修項目 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ○ 研修実施後の評価をしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 評価の方法 (_____) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ○ 研修未受講者に対して受講勧奨をしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 勧奨方法 <input type="checkbox"/> 本人に連絡 <input type="checkbox"/> 上司に連絡 <input type="checkbox"/> 未受講の場合には何らかの制限を与える <input type="checkbox"/> その他 (_____) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| 4 | ◎ 医療放射線被ばく線量の管理・記録対象機器一覧リストを作成しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ◎ 管理対象機器の被ばく線量の管理・記録をしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 管理・記録実施医療機器 <input type="checkbox"/> 血管撮影 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 核医学 ● 記録方法 <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> HIS <input type="checkbox"/> RIS <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> 照射録 <input type="checkbox"/> 管理システム <input type="checkbox"/> その他 |
| | ○ 管理・対象医療機器以外の被ばく線量の管理・記録をしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 管理・記録実施医療機器 <input type="checkbox"/> 一般撮影 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> その他 () |
| | ○ 線量管理システムは導入されているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 管理・記録実施医療機器 <input type="checkbox"/> 血管撮影 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 核医学 <input type="checkbox"/> 一般撮影 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> その他 () |
| | ◎ 診断参考レベル (DRLs) との比較や用いた撮影条件の設定をしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 5 | ◎ 診療用放射線の安全利用を目的とした改善のための方策を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ● 情報等収集方法 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> PMDA <input type="checkbox"/> 学会・学術誌 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | ◎ 放射線の過剰被ばくその他の事例発生時の対応の体制が整備されているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ◎ 医師・診療放射線技師に原因がある再撮影はインシデント扱いとしているか。 ○ 再撮影 (写損) に関する内容の検討を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 6 | ◎ 放射線診療を受ける患者に対して放射線被ばくに関する説明と同意 (IC) を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> モダリティによっては行っている ● 説明者職種 <input type="checkbox"/> 依頼医師 <input type="checkbox"/> 検査・治療医師 <input type="checkbox"/> 放射線科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | ○ ICを行っている場合はその記録を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 記録方法 <input type="checkbox"/> カルテ記載 <input type="checkbox"/> カルテのチェックボックス機能 <input type="checkbox"/> 資料印刷記録 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | ○ ICを行っている場合は資料・リーフレット等を使用しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ◎ 医療放射線被ばくに関する相談があった場合の手順は策定されているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 相談担当者 <input type="checkbox"/> 放射線科医師 (<input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 非専任) <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 (<input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 非専任) <input type="checkbox"/> その他 () |
| | ○ 被ばく相談員あるいは関連研修等を受講した職員はいるか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 7 | ◎ 医療放射線安全管理責任者を委員長とする委員会を配置しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 委員会の設置 <input type="checkbox"/> RI法と別 <input type="checkbox"/> RI法と同一 <input type="checkbox"/> RI法は非該当 ● 委員会の開催実施間隔あるいは予定 <input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 3月 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 1年 <input type="checkbox"/> その他 () |

VIII 医療安全, 院内感染対策, 医薬品, 医療機器に係る安全管理体制

記入者氏名: _____

◆ 医療安全管理体制

| | | |
|---|--|---|
| 1 | ◎ 「医療安全委員会」の委員は放射線部門より選出されているか。 ○ 医療放射線安全管理責任者は「医療安全委員会」の委員になっているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ◎ 「医療安全委員会」に2回以上連続の欠席なく出席しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ◎ 「医療事故防止マニュアル」等が放射線部門として作成されているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ◎ 医療安全に係る研修に放射線部門全員が参加しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ◎ 患者確認方法は本人あるいは家族の名のりを基本としているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 項目 <input type="checkbox"/> 氏名・生年月日 <input type="checkbox"/> 氏名のみ <input type="checkbox"/> その他 |
| | ◎ インシデント・アクシデントレポートを提出する体制は整っているか。 ○ ゼロレベル（ヒヤリハットレポート等）を別途収集しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 1年間の提出件数（前年度分） _____ 件 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 1年間の提出件数（前年度分） _____ 件 |
| | ◎ インシデント・アクシデント事例の必要事項の周知を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 共有方法 <input type="checkbox"/> 紙回覧 <input type="checkbox"/> インtranet <input type="checkbox"/> 朝夕礼・会議等 <input type="checkbox"/> その他 (_____) |
| 2 | ◎ 「院内感染対策委員会」の委員は放射線部門より選出されているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ◎ 「院内感染対策委員会」に2回以上連続の欠席なく出席しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ◎ 「院内感染対策マニュアル」等が放射線部門として作成されているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 対策内容 <input type="checkbox"/> 標準予防策 <input type="checkbox"/> 感染症患者の撮影方法 <input type="checkbox"/> 感染症に対する使用薬品および清拭方法 |
| | ◎ 院内感染対策に係る研修に放射線部門全員が参加しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3 | ◎ 医薬品の安全使用に係る手順書を整備しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ◎ 放射性医薬品・造影剤等の安全使用に係る手順書を整備しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ◎ 救急カートの日常点検および定期点検を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ◎ 放射性医薬品・造影剤等の安全使用に係る情報を収集しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ◎ 造影剤による重篤な副作用に対する訓練を実施しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 実施内容 <input type="checkbox"/> 講義形式 <input type="checkbox"/> シナリオ訓練 |
| 4 | ◎ 製造販売業者等による保守点検を計画・実施しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 一部未実施のものがある ● 保守点検の状況 (○ 保守契約 ▲ スポット × 未計画 - 非該当) 一般 ポータ マンモ TV 血管 CT MRI 外科用 歯科 骨密度 RI 治療 結石破砕 血液照射 その他 (_____) |
| | ◎ 新たに導入した放射線機器の安全使用に係る研修を実施しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ◎ 特定機能病院における特定医療機器の定期研修を年2回以上実施しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 非該当 |
| | ◎ 放射線機器の情報管理をしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 管理情報 <input type="checkbox"/> 添付文書 <input type="checkbox"/> 取扱説明書 <input type="checkbox"/> その他 (_____) |
| | ○ 医療機器に係る情報の収集および周知を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ● 情報発信先 <input type="checkbox"/> 製造販売業者 <input type="checkbox"/> 行政・PMDA |

◆ 災害に対する安全管理体制

| | | |
|------------------------------|--|--|
| 1 | ◎ 災害に対するマニュアルを整備しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 整備体制 <input type="checkbox"/> 病院全体のもの <input type="checkbox"/> 放射線部門に特化したもの |
| | ○ 災害・震災時の放射線施設・機器点検方法を策定しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 災害時アクションカードを整備し、各部署に配置しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 夜間帯等を想定し、最少人数での対応策を講じているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ★ 災害に備え、恒常的に整理整頓及び清掃の実施を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ◎ 災害マニュアルに基づいた訓練や研修を実施しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 訓練規模 <input type="checkbox"/> 全職員 <input type="checkbox"/> 各部署からの代表者 <input type="checkbox"/> 放射線部門 <input type="checkbox"/> その他 () ● 訓練頻度 <input type="checkbox"/> 年1回 <input type="checkbox"/> 年2回 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| ◎ 災害時の職員安否確認体制を整備しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 体制規模 <input type="checkbox"/> グループ・法人 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 放射線部門 ● 確認方法 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> SNS (LINE等) | |
| ○ 災害時の参集に係る情報を把握しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 把握内容 <input type="checkbox"/> 通勤時間 <input type="checkbox"/> 職場-自宅間距離 <input type="checkbox"/> 参集できそうな人数 <input type="checkbox"/> 稼働可能装置・機器 | |

◆ 緊急連絡体制

| | | |
|---|---------------------------------------|--|
| 1 | ◎ 放射線部門職員の緊急連絡体制は整備されているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 連絡方法 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> SNS (LINE等) |
| 2 | ◎ 病院全体の連絡体制を定期的に確認し周知しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ◎ 保健所・消防・警察等関係機関の連絡体制を定期的に確認し周知しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ◎ 放射線に係る製造販売業者等の連絡体制を定期的に確認し周知しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

◆ コンプライアンス・サービス

| | | |
|---|--|--|
| 1 | ◎ コンプライアンスやサービスに関する研修を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 研修主催者 <input type="checkbox"/> グループ・法人 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 放射線部門 |
| | ◎ 病院職員として相応しい身だしなみのチェックをしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ◎ 診療放射線技師による業務に関連する過去の犯罪行為を周知・共有しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

IX 診療用放射線機器の精度管理体制

記入者氏名：

◆ 診療用放射線機器の品質管理の実施

| | | |
|---|-------------------------------|--|
| 1 | ◎ 一般撮影 | <input type="checkbox"/> 非該当 |
| | ○ 日常的に始業・終業点検を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 記録方法 <input type="checkbox"/> RIS <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> 紙台帳 <input type="checkbox"/> その他 |
| | ○ 定期的にX線出力・被ばく線量等の測定を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 実施頻度 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 3月 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 1年 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | ○ 線量表示機構を有する装置はあるか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● (台中 台) |
| 2 | ◎ ポータブル撮影 | <input type="checkbox"/> 非該当 |
| | ○ 日常的に始業・終業点検を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 記録方法 <input type="checkbox"/> RIS <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> 紙台帳 <input type="checkbox"/> その他 |
| | ○ 定期的にX線出力・被ばく線量等の測定を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 実施頻度 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 3月 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 1年 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | ○ 線量表示機構を有する装置はあるか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● (台中 台) |
| 3 | ◎ マンモグラフィ | <input type="checkbox"/> 非該当 |
| | ○ 日常的に始業・終業点検を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 記録方法 <input type="checkbox"/> RIS <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> 紙台帳 <input type="checkbox"/> その他 |
| | ○ 始業点検時にファントム撮影を行い、評価をしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 実施項目 <input type="checkbox"/> 画像評価 <input type="checkbox"/> 画素値計測 |
| | ○ 品質管理に必要なファントム・ツールを保有しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● ファントム名 <input type="checkbox"/> ACR <input type="checkbox"/> JRS <input type="checkbox"/> DMQC <input type="checkbox"/> DMQC-3D <input type="checkbox"/> PMMA <input type="checkbox"/> 胸壁欠損 <input type="checkbox"/> ダイナミックレンジ ● ツール名 <input type="checkbox"/> 圧力計 <input type="checkbox"/> 高純度Al板 <input type="checkbox"/> ステンレス板 <input type="checkbox"/> 歪み評価用金網 <input type="checkbox"/> SCTFチャート |
| | ○ ガイドラインに沿った機器管理項目の測定を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 実施項目 <input type="checkbox"/> 圧迫厚 <input type="checkbox"/> 圧迫圧力 <input type="checkbox"/> 胸壁欠損 <input type="checkbox"/> ラグ <input type="checkbox"/> CNR <input type="checkbox"/> SCTF <input type="checkbox"/> ダイナミックレンジ |
| | ○ ガイドラインに沿った線量及び線質の測定を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 実施項目 <input type="checkbox"/> 管電圧 <input type="checkbox"/> X線出力 <input type="checkbox"/> 半価層 <input type="checkbox"/> AGD (PMMA 40mm mGy) ● 測定方法 <input type="checkbox"/> 職員による <input type="checkbox"/> 製造販売業者等による保守点検 (メンテナンス) 時 <input type="checkbox"/> ガラスバッジ・OSL線量計等の測定サービス <input type="checkbox"/> その他 () |
| | ○ 線量表示機構を有する装置はあるか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● (台中 台) |
| | ★ トモシンセシス撮影を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 非該当 |
| | ★ トモシンセシス撮影の品質管理の概要を知っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

| | | |
|---------------------|--|---|
| 4 | ◎ X線TV | <input type="checkbox"/> 非該当 |
| | ○ 日常的に始業・終業点検を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 記録方法 <input type="checkbox"/> RIS <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> 紙台帳 <input type="checkbox"/> その他 |
| | ○ 定期的にX線出力・被ばく線量等の測定を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 実施頻度 <input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 3月 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 1年 <input type="checkbox"/> その他 |
| | ○ 室内の散乱X線量の測定（散乱X線分布図の作成）を行っているか。 ○ 線量表示機構を有する装置はあるか。 | <input type="checkbox"/> はい（室内掲示あり） <input type="checkbox"/> はい（測定のみ） <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ●（ <input type="checkbox"/> 台中 <input type="checkbox"/> 台 ） |
| 5 | ◎ 血管撮影 | <input type="checkbox"/> 非該当 |
| | ○ 日常的に始業・終業点検を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 記録方法 <input type="checkbox"/> RIS <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> 紙台帳 <input type="checkbox"/> その他 |
| | ○ 定期的に患者照射基準点での線量（率）の測定を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 実施頻度 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 3月 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 1年 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） ● 測定方法 <input type="checkbox"/> 職員による <input type="checkbox"/> 製造販売業者等による保守点検（メンテナンス）時 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） |
| | ○ 室内の散乱X線量の測定（散乱X線分布図の作成）を行っているか。 ○ 線量表示機構を有する装置はあるか。 | <input type="checkbox"/> はい（室内掲示あり） <input type="checkbox"/> はい（測定のみ） <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ●（ <input type="checkbox"/> 台中 <input type="checkbox"/> 台 ） |
| 6 | ◎ X線CT | <input type="checkbox"/> 非該当 |
| | ○ 日常的に始業・終業点検を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 記録方法 <input type="checkbox"/> RIS <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> 紙台帳 <input type="checkbox"/> その他 |
| | ○ 始業点検時に水ファントムの撮像を行っているか。 ○ 水ファントム画像のCT値、SD値等の計測を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 定期的には行っている |
| | ○ 画像評価、線量評価用ファントムを保有しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● <input type="checkbox"/> 画像評価用 <input type="checkbox"/> 線量評価（CTDI）用 |
| | ○ 定期的にCTDI、DLP等の測定を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 実施頻度 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 3月 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 1年 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） ● 測定方法 <input type="checkbox"/> 職員による <input type="checkbox"/> 製造販売業者等による保守点検（メンテナンス）時 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） |
| ○ 線量表示機構を有する装置はあるか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ●（ <input type="checkbox"/> 台中 <input type="checkbox"/> 台 ） | |
| 7 | ◎ MRI | <input type="checkbox"/> 非該当 |
| | ○ 日常的に始業・終業点検を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 記録方法 <input type="checkbox"/> RIS <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> 紙台帳 <input type="checkbox"/> その他 |
| | ○ 日常的にヘリウム残量のチェックを行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 定期的には行っている |
| | ○ 始業点検時にファントム撮像を行っているか。 ○ ファントム画像のSNR、SD等の計測を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 定期的には行っている |

X 諸届・RI規制法

記入者氏名：

◆ 昨年度および今年度の現在までに変更のあった放射線関連装置・機器（MRI・ガンマカメラ等も含む）

| | 種別 | 旧装置・機器名称 | | モダリティ | 新装置・機器名称 | 変更許可 | 医療法届 | 労基署届 |
|----|----|----------|---|-------|----------|------|------|------|
| 1 | | | → | | | | | |
| 2 | | | → | | | | | |
| 3 | | | → | | | | | |
| 4 | | | → | | | | | |
| 5 | | | → | | | | | |
| 6 | | | → | | | | | |
| 7 | | | → | | | | | |
| 8 | | | → | | | | | |
| 9 | | | → | | | | | |
| 10 | | | → | | | | | |
| 11 | | | → | | | | | |
| 12 | | | → | | | | | |
| 13 | | | → | | | | | |
| 14 | | | → | | | | | |
| 15 | | | → | | | | | |
| 16 | | | → | | | | | |
| 17 | | | → | | | | | |
| 18 | | | → | | | | | |
| 19 | | | → | | | | | |
| 20 | | | → | | | | | |
| 21 | | | → | | | | | |
| 22 | | | → | | | | | |
| 23 | | | → | | | | | |
| 24 | | | → | | | | | |
| 25 | | | → | | | | | |

* 記入欄が足りない場合は同様の表を作成して添付をお願いします。

◆ 医療法に基づく諸届

| | | |
|---|-------------------------------------|--|
| 1 | ◎ 必要に応じて診療用放射線装置等の医療法に基づく諸届出をしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 非該当 ● 許可・届出内容 <input type="checkbox"/> 病院開設事項一部変更許可 <input type="checkbox"/> 病院開設事項一部変更使用許可 <input type="checkbox"/> 廃止届 <input type="checkbox"/> 変更届 <input type="checkbox"/> 備付届 |
| | ◎ 翌年使用届を12月20日までに提出しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 非該当 ● 届出内容 <input type="checkbox"/> 診療用放射性同位元素翌年使用届 <input type="checkbox"/> 診療用放射線照射器具翌年使用届：物理的半減期30日以下 <input type="checkbox"/> 陽電子断層撮影診療用放射性同位元素翌年使用届 |

◆ 通信局・消防・労働基準監督署 諸届

| | | |
|---|--|---|
| 1 | ◎ 高周波利用設備許可届出をしているか。(MRI・LINAC等) 【関東総合通信局】 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 非該当 |
| | ◎ 核燃料物質等の貯蔵取扱い届出をしているか。 【消防署】 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 非該当 |
| | ◎ 放射線装置摘要書(機械等設置届)の届出をしているか。 【労働基準監督署】 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

◆ RI規制法関係

非該当

| | | |
|---|---|---|
| 1 | ◎ RI規制法に基づく使用許可証を受けているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 放射線使用施設に係る検査を受けているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 検査 <input type="checkbox"/> 施設検査 <input type="checkbox"/> 定期検査 <input type="checkbox"/> 定期確認 |
| 2 | ◎ 放射線管理状況報告書を期限内に提出しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ○ 放射線登録制度の係る報告をしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 非該当 |
| 3 | ◎ 放射線障害予防規程を原子力規制委員会に届出しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 最終改訂 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 |
| | ○ 当該部署に配布しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 4 | ◎ 放射線施設取扱主任者を選任しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 主任者の職種 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 医学物理士 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | ○ 放射線取扱主任者は定期講習を受講しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 5 | ◎ RI規制法に基づく放射線安全委員会を開催しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 開催頻度 <input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 3月 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 1年 |
| 6 | ◎ 放射線障害を防止するための教育・訓練を実施しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 実施対象 <input type="checkbox"/> 放射線業務従事者で初めて管理区域に立入るより前 <input type="checkbox"/> 一時立入者が管理区域に立入るより前 <input type="checkbox"/> 放射線業務従事者で管理区域に立入り1年を超えない期間 |
| | ○ 十分な知識および技能を有する者への教育・訓練の省略をしているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 省略項目 <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 |
| | ○ 教育・訓練の項目と時間等を記録しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ◎ 関係省庁確認済の許可・届出不要の放射性同位元素を保有しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ◎ 関係省庁の許可・届出済の放射性同位元素を保有しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 線源種別 <input type="checkbox"/> 放射性同位元素 <input type="checkbox"/> 核燃料物質・核原料物質 |
| | ◎ 身元不明線源(いわゆる「湧き出し線源」)を保有しているか。 ○ 管理事項について記録を行っているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 記載事項 <input type="checkbox"/> 数量 <input type="checkbox"/> 測定結果 <input type="checkbox"/> 保管場所 |