

# エックス線装置設置届

年 月 日

藤沢市保健所長

〒 -

住所

管理者 氏名

印

電話

( )

次のとおり届け出ます。

区 分		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 移設 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 診療院所	名 称				病 床	<input type="checkbox"/> 有( 床) <input type="checkbox"/> 無	
	所 在 地	神奈川県藤沢市					
	電 話	( )					
エ ッ ク ス 線 装 置	製 作 者 名						
	型 式						
	台 数						
	エックス線高電圧 発生装置の定格出力	連 続	k V		mA		
		短時間	k V		mA sec		
		蓄放式	k V		μ F		
	管球の型式及び数	型 式				管球数	
	用 途	<input type="checkbox"/> 透視 <input type="checkbox"/> 断層撮影 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 乳房撮影 <input type="checkbox"/> 位置決定用 <input type="checkbox"/> 直接撮影 <input type="checkbox"/> 間接撮影 <input type="checkbox"/> 歯科用 ( <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 全がく <input type="checkbox"/> CT ) <input type="checkbox"/> その他 ( )					
設置年月日	年		月		日		
使用診療室名							
エックス線装置及びエックス線診療室のエックス線障害の防止に関する構造設備及び予防措置の概要					別紙のとおり		
エックス線診療に従事する医師歯科医師、診療放射線技師、診療エックス線技師							
<input type="checkbox"/> 別紙のとおり	氏 名	生 年 月 日	職 種	エックス線診療に関する事項			
				免許番号	登録年月日	経歴(年数)	
						年	
						年	
						年	

以下、保健所使用欄

施行番号 : 201 - 016 -

施設番号 :

標記のとおり届出があったため、受理するものです。

起案年月日	所 長	副所長	課 長	主 幹	課長補佐	主 査	担 当	起案者
決裁年月日								

## 「エックス線装置設置届」に係る添付書類について

「エックス線装置設置届」を提出するに当たり、次に掲げる事項を記載した縮尺50分の1の平面図及び側面図を添付してください。

なお、歯科用エックス線診療室の場合には、縮尺25分の1の平面図及び側面図を添付してください。

1. エックス線診療室に隣接（上階及び下階を含む。）する各室の名称及び周囲の状況
2. エックス線装置の位置及び照射方向並びにエックス線管からの天井、床及び周囲の画壁の外側までの距離（表記はメートル単位とすること）
3. 患者更衣施設（設備）、専用便所等の表示
4. 移動型エックス線装置にあつては、その保管場所
5. 漏えい線量の測定位置（移動型エックス線装置にあつては、その線量分布）
6. 管理区域から敷地内居住区域及び敷地境界までの距離並びに標識の位置（表記はメートル単位とする。なお、この場合は管理区域を朱書きで囲む。）
7. エックス線装置搭載自動車にあつては、当該自動車の車検証の写し

また、以下に掲げた機械・機種、及びその診療室に係わる添付書類には、事前評価として、「しゃへい計算書」の添付もお願いします。

1. 透視用撮影装置
2. CTエックス線装置（歯科用を除く）
3. その他（必要に応じて）