

様式第27号（第2条関係）

放射性同位元素装備診療機器設置届

年 月 日

（宛先）前橋市保健所長

医療機関 所在地  
名 称  
管理者氏名  
（電話番号 ）

医療法施行規則第27条の2の規定により、下記のとおり放射性同位元素装備診療機器の設置を届け出ます。

記

1 設置予定年月日

年 月 日
-------

2 使用開始予定年月日

年 月 日
-------

3 その他届出事項

別記のとおり

【別記】

		No. ①	No. ②	No. ③	
装 備 診 療 機 器	製作者名				
	型式・製造年月	; 年 月製造		; 年 月製造	
	医療用具 承認番号				
	放射性同位 元素の種類				
	数 量	Bq		Bq	
使 用 室	使用室の名称				
	使用室の構造（※耐火構造、不燃材料又はその他の別を記載すること。）				
	外部に通ずる部分の閉鎖設備・器具		有・無	有・無	有・無
	使用室の標識		有・無	有・無	有・無
	間仕切り等の予防措置		有・無	有・無	有・無
管 理 区 域	区域外側における実効線量（※最大値を記載すること。単位：mSv/3月）				
	標識		有・無	有・無	有・無
	立入禁止等の措置		有・無	有・無	有・無
そ の 他	注意事項の掲示（従事者・患者）		有 ・ 無		
	敷地内居住区域・敷地境界の実効線量（※最大値を記載すること。単位：μSv/3月）				
	放射線診療従事者等の被ばく防止		有 ・ 無		
	患者の被ばく防止		有 ・ 無		
	その他防護措置（※ 措置の内容を記載すること。）				
機 器 を 使 用 す る 医 師 等	職 名・職 種	氏 名	免許登録年月日	免許登録番号	放射線診療に関する経歴

添付書類

- 1 診療用放射性同位元素装備診療機器使用室図（機器のほか、隣接室及び上下階の室を明示した平面図及び側面図）
- 2 施設の防護に関する検査・測定結果（責任者の所属、職氏名を記したものに限り。）又は遮蔽計算書
- 3 管理区域を明示した放射線診療関係施設の平面図

- 注 1) この届出は、個々の診療用放射性同位元素装備診療機器ではなく、病院（診療所）としての診療用放射性同位元素装備診療機器全体に関する設置の届けであり、個々の診療用放射性同位元素装備診療機器の新設・廃止等は様式第3 1号による診療用エックス線装置等変更届によること。
- 2) 診療用放射性同位元素装備診療機器使用室図は、原則として縮尺5 0分の1以上のものとし、照射方向、線源から天井、床及び周囲の画壁の外側までの距離(m)並びに防護物の材料及び厚さを記入すること。