





項目 4 軟線除去フィルターについて

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| 1 | 固定または自動の軟線除去フィルターをX線管球に付加している            | (必須) 付加している(○)  |  |
| 2 | 自動の場合、すべての透視・撮影について軟線除去フィルターが挿入されているか否か、 | a. すべて挿入されている(○)<br>b. 一部挿入されていない(-)<br>c. 確認していない(△) |  |
|   | b. 一部挿入されていない理由(任意)                      |   |  |
|   | c. 確認していない理由(任意)                         |   |  |

書類-2 (4/6)

項目 5 継続した装置管理を実践している(施設で日常のQC,QAを実践している)

(必須)

- 1 申請する前月, 3か月前, 6か月前の資料を提出すること。  
(始業点検, 終業点検, 日常点検項目の記録など)

実践している(○)

5-1 推進母体  
確認者サイン

項目 6 線量又は透視時間の記録をしている

(必須)

- 1 項目1-1で申請した装置について, 各装置毎に記録の分かる資料をを提出すること(申請日の前月, 装置ごとの一か月間全症例の記録データとする。資料には撮影線量記録と透視線量記録が容易に判断できる印を付けること)

記録をしている(○)

6-1 推進母体  
確認者サイン

項目 7 「IVR被曝低減技術セミナー」を受講している

(必須)

- 1 貴施設において申請日の過去5年以内に上記セミナーを受講している者の氏名をすべて記載すること(申請者は◎印)

受講している(○)

|   | 受講者名 | 修了書番号 | 受講日(201*/**/**) |
|---|------|-------|-----------------|
| ◎ |      |       |                 |
|   |      |       |                 |
|   |      |       |                 |
|   |      |       |                 |
|   |      |       |                 |
|   |      |       |                 |
|   |      |       |                 |
|   |      |       |                 |
|   |      |       |                 |
|   |      |       |                 |

申請者のみコピーを提出すること

0人

項目 8 「無駄な透視をしない」を啓発し続けている

はい(○)   
いいえ(-)

項目 9 低レートパルス透視(低線量透視)を必要に応じて使い分けしている

- 1 具体的にどのようなパルスレートをを用い, 使い分けをしているか記入すること

はい(○)   
いいえ(-)

項目 10 必要最小限の撮影レート, 撮影フレーム数を実践している

はい(○)   
いいえ(-)

項目 11 透視線量, 撮影線量を適切に調整している

はい(○)   
いいえ(-)

項目 12 焦点皮膚間距離をできるだけ離すように実践している

|        |  |
|--------|--|
| はい(O)  |  |
| いいえ(-) |  |

書類-2 (5/6)

項目 13 II.およびFPDを皮膚面に、できるだけ近づけるよう実践している

|        |  |
|--------|--|
| はい(O)  |  |
| いいえ(-) |  |

項目 14 照射野を必要最小限に絞ることを実践している

|        |  |
|--------|--|
| はい(O)  |  |
| いいえ(-) |  |

項目 15 過度のインチアップを避けることを実践している

|        |  |
|--------|--|
| はい(O)  |  |
| いいえ(-) |  |

項目 16 皮膚線量の管理目標が決められており、その線量を超えたと思われた時の対処方法が決められている。  
(IVR時の患者被曝線量を何らかの形で計測・推測しカルテ等に記載する等適切にアドバイスできるように心がけている)

|        |  |
|--------|--|
| はい(O)  |  |
| いいえ(-) |  |

1 はい(O)の場合、管理目標の線量はどれだけか

|        |
|--------|
| 項目16-1 |
| Gy     |

Gy

項目 17 目的に応じたプロトコール作成をし、それを実践している

|        |  |
|--------|--|
| はい(O)  |  |
| いいえ(-) |  |

項目 18 被曝に対するスタッフの教育・訓練を行っている

(必須)

1 はい(O)の場合、開催頻度・対象職種・講師職種について記入すること  
①(改訂:具体的なスライド・配布資料などの一部を添付すること)

|        |  |
|--------|--|
| はい(O)  |  |
| いいえ(-) |  |

|       |       |                        |             |
|-------|-------|------------------------|-------------|
|       |       | 18-1<br>推進母体<br>確認者サイン |             |
| ・開催頻度 |       |                        | ・開催頻度 0     |
| ・対象職種 |       |                        | ・対象職種 0     |
| ・講師職種 |       |                        | ・講師職種 0     |
| 資料    | あり・なし |                        | ・講師職種 あり・なし |

項目 19 被曝に関して患者にインフォームドコンセントが適切に行われている

1 皮膚線量が管理目標を超えた場合には、技師が医師にその旨を伝えるなどの対応が院内でマニュアル化されていること

はい(O)の場合、マニュアルの一部など判断できる資料を提出すること

|        |  |
|--------|--|
| はい(O)  |  |
| いいえ(-) |  |

|                        |
|------------------------|
| 19-1<br>推進母体<br>確認者サイン |
|------------------------|

書類-2 (6/6)

|      |      |       |       |
|------|------|-------|-------|
|      |      |       | 最低ライン |
| 必須項目 | ○ はい | 7 項目  | 7     |
| 項目   | ○ はい | 13 項目 | 8     |
| 計    |      | 20 項目 | 15    |

必須○印項目7個, それ以外の○印13個, 合計20個の○印があり. 合計15項目以上に○印がある場合認定とする  
認定期間は認定日より5年間とし, 5年ごとに改定する認定基準に合致していれば更新する

