

醫用直線加速器年度偵測證明

一、申請人資料：

設 施 經 營 者		負 責 人	
地 址		電 話	

二、直線加速器

名 稱	廠 牌	型 號	序 號	備 註
直 線 加 速 器				
許 可 證 字 號				

三、測試項目（合格者打「√」，不合格者打「×」）

<input type="checkbox"/>	1. 治療室外之輻射劑量（率）_____。（測定條件 MV，Dose rate cGy/min）
<input type="checkbox"/>	2. 安全連鎖及急停裝置功能測試。
<input type="checkbox"/>	3. 輸出劑量測試_____。（輸出劑量誤差不得超過百分之二）
<input type="checkbox"/>	4. 百分深度劑量測試_____。（百分深度劑量誤差不得超過百分之二）
<input type="checkbox"/>	5. 防護管套外表面距靶一公尺處，不得超過有用射柱內中心軸上輸出劑量之千分之一。（測定條件 MV，Dose rate cGy/min）
<input type="checkbox"/>	6. 有用射束之平坦性及對稱性_____。（平坦性於照野面積百分之八十範圍內之劑量輸出誤差不得超過百分之三，五百萬電子伏以下之電子射束不得超過百分之五；對稱性於照野面積百分之八十範圍內之劑量輸出誤差不得超過百分之二）

背景值：_____

測量儀器廠牌_____型別_____序號_____校正單位_____校正日期_____

四、測試人員簽章_____測試日期：_____年_____月_____日

輻射防護管理組織或輻射防護人員簽章_____聯絡電話及分機_____

- 註：1. 本證明各項應確實填寫。
 2. 本報告應每年至少偵測一次送主管機關備查（每年十二月三十一日前）。
 3. 本報告應加蓋設施經營者印信。

單位
印信

【以下請勿填寫】

核可	審核	承辦