

醫用移動型 X 光機年度偵測證明

一、申請人資料：

設 施 經 營 者		負 責 人	
地 址		電 話	

二、移動型 X 光機：不含透視 含透視

名 稱	廠 牌	型 號	序 號	備 註
X 光 機				
許 可 證 字 號				

三、測試項目（合格者打「√」，不合格者打「×」）

移 動 型	<input type="checkbox"/>	1. 距 X 光靶一·八公尺處之劑量率_____。(測定條件___kVp___ mA ___sec)
	<input type="checkbox"/>	2. 距 X 光靶一公尺處之滲漏輻射空氣克馬率_____。
	<input type="checkbox"/>	3. 光照野與輻射照野的一致性測試。(無此設備免)
含 透 視	<input type="checkbox"/>	4. 透視計時器裝置功能測試。(最長時間不超過 10 分鐘)
	<input type="checkbox"/>	5. 透視時照射檯面之空氣克馬率不超過 87mGy/min (87mSv/min) (測定條件 ___kVp___ mA ___sec)。測得數據_____。
	<input type="checkbox"/>	6. 有用射柱可隨時被限制在影像加強器之內。

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