

臺北市政府衛生局

113年度「醫事機構放射品質輔導訪查」

機構資料表

西醫診所、牙醫診所、醫事放射所、醫事檢驗所

主辦單位：臺北市政府衛生局



訪視日期：

訪視序號：

訪視機構：

機構地址：

機構電話：

X光設備：共____部

最高機齡： 年

壹、機構基本資料表

登記設立機構名稱			
核准開業日期	年	月	日
開業執照號碼			
機構負責人姓名			
機構聯絡電話		傳真電話	
聯絡人姓名			
機構地址			
電子信箱			
填表日期	年	月	日

貳、機構操作可發生游離輻射設備醫事人員人事資料表

姓名			
醫事人員類別	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 醫事放射師(士)	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 醫事放射師(士)	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 醫事放射師(士)
職稱			
可操作游離 輻射設備證明	<input type="checkbox"/> 游離輻射防護18小時訓練 <input type="checkbox"/> 操作人員輻射安全證書 _____ 字 第_____號	<input type="checkbox"/> 游離輻射防護18小時訓練 <input type="checkbox"/> 操作人員輻射安全證書 _____ 字 第_____號	<input type="checkbox"/> 游離輻射防護18小時訓練 <input type="checkbox"/> 操作人員輻射安全證書 _____ 字 第_____號
醫事放射師 證書字號			
執業執照字號			
執業執照有效日 期			
醫事放射師 執業執照有效期 內 之繼續教育積分			

(若不敷使用可自行列印)

參、機構儀器設備資料表

1. X 光儀器設備

設備登記類別			
設備類別 (環口 or 根尖)			
委員查核 X 光機設備 之登記證 【具備者請打勾】			
設備型態	<input type="checkbox"/> 數位化設備 <input type="checkbox"/> 傳統設備	<input type="checkbox"/> 數位化設備 <input type="checkbox"/> 傳統設備	<input type="checkbox"/> 數位化設備 <input type="checkbox"/> 傳統設備
設備登記證字號			

宣導：醫用 X 光機相關疑問歡迎致電(02)2232-2194~6 核能安全委員會 輻射防護處
醫用科

肆、機構作業資料調查表

項次	調查資料
1	<p>機構之型態</p> <p><input type="checkbox"/>西醫診所 <input type="checkbox"/>牙醫診所 <input type="checkbox"/>醫事放射所</p> <p><input type="checkbox"/>醫事檢驗所附設醫事放射部門</p> <p><input type="checkbox"/>其他</p>
2	<p>機構負責人為</p> <p><input type="checkbox"/>醫師 <input type="checkbox"/>牙醫師 <input type="checkbox"/>醫事放射師(士) <input type="checkbox"/>醫事檢驗師(生)</p>
3	<p>機構成立年度</p> <p><input type="checkbox"/>5年以內 <input type="checkbox"/>5 ~ 10年 <input type="checkbox"/>10 ~ 15年 <input type="checkbox"/>15 ~ 20年 <input type="checkbox"/>20年以上</p>
4	<p>機構操作可發生游離輻射設備之醫事人員數</p>
	<p>醫師 <input type="checkbox"/>1人 <input type="checkbox"/>2人 <input type="checkbox"/>3人 <input type="checkbox"/>4人(含)以上_____人</p>
	<p>牙醫師 <input type="checkbox"/>1人 <input type="checkbox"/>2人 <input type="checkbox"/>3人 <input type="checkbox"/>4人(含)以上_____人</p>
<p>醫事放射師(士) <input type="checkbox"/>1人 <input type="checkbox"/>2人 <input type="checkbox"/>3人 <input type="checkbox"/>4人(含)以上_____人</p>	