2024年９月

関係各位

岐阜県総合医療センター

中央放射線部副部長

太田三恵子

**個人被ばく線量計　発注依頼に関して**

日頃は、個人被ばく線量管理に関しご理解とご協力をいただきありがとうございます。

当院において診療業務で放射線管理区域に立ち入る可能性のある方は、個人被ばく線量計発注を行うため、以下の必要事項を記入し当書面を提出してください。

**当院 予定所属部署　　　　　　　　　　　　　　 　　　該当区分に○をお願いします**　　　　　　　　

**医師　or　専攻医　or　研修医　or　その他（　　　　　　　　　　　）**

**氏名（ふりがな）**  　　　　　 　　 **（ ）**

**性別　男 ・ 女**

**生年月日（西暦）**

**現 所属施設** 　 現所属施設がない方は『なし』と記入して下さい

1. 2021年4月以降に個人被ばく線量計（フィルムバッジ）を配布されていましたか？

　　　・はい　　　**問②へ**　　 ・いいえ　　　**以上終了**

1. 現 所属施設の個人被ばく線量計のメーカが

* 長瀬ランダウア社製の場合

→　個人番号の記入をお願いします。個人番号（　　　　　　　　　　　　　）

* 千代田テクノル社製 他の場合

→　現所属施設で発行される**“個人線量算定値管理表”**の提出をお願いします。

　　　　※現所属施設が**岐阜大学医学部附属病院**（千代田テクノル社製）の方へ

　　　　個人被ばく線量について、管理者間での共有を許可しますか？

* はい　　　　　　**署名**　　　　　　　　　　　　　 （管理表の提出は**不要**です）
* いいえ　　　　 **“個人線量算定値管理表”**の提出をお願いします

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 岐阜県総合医療センター | 代表 | 058‐246‐1111 |
| 中央放射線部フィルムバッジ担当 | 内線 | 8449 |