

行政院衛生署

101 年度「基層醫事機構游離輻射防護品質輔導」

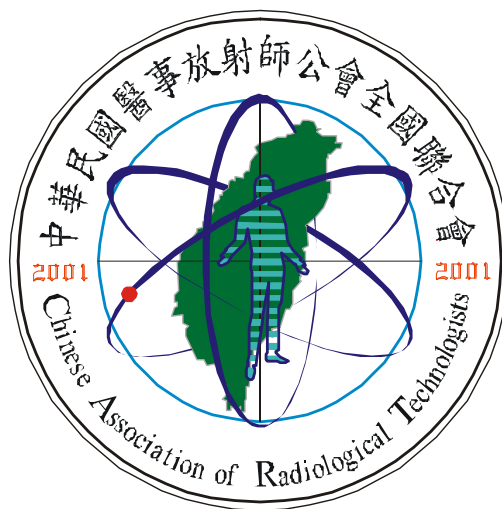
實地訪視與輔導作業資料

西醫診所

主辦單位：行政院衛生署

承辦單位：中華民國醫事放射師公會全國聯合會

協辦單位：中華民國放射線醫學會



訪視日期：

訪視機構：

機構地址：

機構電話：

編號：

委員 1：

委員 2：

委員實地訪視與輔導作業查檢表

編號	項目	已完成	未完成	NA	備註
1	委員完成自我介紹、訪視目的及作業流程說明				
2	機構已提供101年度基層醫事機構游離輻射防護品質輔導「機構資料」，委員已確核並攜回。				
3	受訪機構之開業執照查核				
4	受訪機構之設備登記證查核 【不符者，請委員影印攜回】				
5	受訪機構醫師之可操作游離輻射設備證明查核【以下二擇一】 1. 操作人員輻射安全證書 2. 游離輻射防護18小時訓練				
6	受訪機構負責醫事放射師(士)之醫事放射師證書查核				
7	執業醫事放射師(士)之執業執照查核				
8	受訪機構之X光機設備登記證查核(請委員核對登記證及該機構之儀器台數是否皆符合)				
9	已完成綜合座談並請受訪機構及陪訪人員回饋				
10	完成拍照3張以上，包含訪視委員與機構負責人或醫師、牙醫師、醫事放射師(士)及陪訪人員合影、機構設備全貌照片、機構全銜市招等				
11	確核受訪機構及受訪人員是否已簽名				
12	確核陪同人員是否已簽名				
13	委員修改訪視紀錄時，須於修改處簽名				

訪視委員 1 簽名：_____

訪視委員 2 簽名：_____

臺、實地作業紀錄表

項次	評核項目	是	否		NA	備註
			現場輔導	追蹤輔導		
1. 影像品質【請機構至少提供各項檢查影像至少 2 份，無檢查項目則為 NA】						
1.1	X 光影像解析度	胸部 X 光攝影				
		腹部 X 光攝影				
		四肢 X 光攝影				
		口內 X 光攝影				
		齒顎全景(環口) X 光攝影				
1.2	X 光影像對比度	胸部 X 光攝影				
		腹部 X 光攝影				
		四肢 X 光攝影				
		口內 X 光攝影				
		齒顎全景(環口) X 光攝影				
1.3	X 光影像黑化度	胸部 X 光攝影				
		腹部 X 光攝影				
		四肢 X 光攝影				
		口內 X 光攝影				
		齒顎全景(環口) X 光攝影				
1.4	X 光影像無假影	胸部 X 光攝影				
		腹部 X 光攝影				
		四肢 X 光攝影				
		口內 X 光攝影				
		齒顎全景(環口) X 光攝影				

項次	評核項目	是	否		NA	備註
			現場輔導	追蹤輔導		
1.5	X 光影像擺位適當性	胸部 X 光攝影				
		腹部 X 光攝影				
		四肢 X 光攝影				
		口內 X 光攝影				
		齒顎全景(環口) X 光攝影				
		骨密檢測				1.L-spine: T12 下緣至 L5 上緣 2.Pelvic 需轉出 femur neck
1.6	製訂各攝影部位之曝光條件參數表(未執行檢查項目或 chest 專用 X 光機除外)	胸部 X 光攝影				
		腹部 X 光攝影				
		四肢 X 光攝影				
		口內 X 光攝影				
		齒顎全景(環口) X 光攝影				
		骨密檢測				
1.7	有適當的影像檔案儲存管理。					
1.8	X 光片(影像)上應含機構名稱、日期、左右邊代號、受檢者及執行攝影者之身份識別等。(口內 X 光攝影牙片免評)					
2. 游離輻射設備品保與輻射安全						
2.1	照射中心點與燈光指示中心點的一致性。	醫用診斷型 X 光機				
2.2	燈光照野範圍與 X 光照野範圍的一致性。	醫用診斷型 X 光機				
2.3	SID 設定的準確性。	醫用診斷型 X 光機				

項次	評核項目	是	否		NA	備註
			現場輔導	追蹤輔導		
2.4	儀器設備每年有維修或保養，並有完整紀錄。 ※請委員於備註欄記錄診所共幾部儀器是否有維修紀錄。	醫用診斷型 X 光機				
		醫用牙科型 X 光機				
		醫用骨質密度儀				
2.5	符合行政院原子能委員會測試報告	醫用診斷型 X 光機				
		醫用牙科型 X 光機				
		醫用骨質密度儀				
2.6	X 光巡迴車應有儀器水平檢測紀錄。	醫用診斷型 X 光機				
		醫用骨質密度儀				
2.7	儀器設備可平滑移動，不會干擾系統運作。	醫用診斷型 X 光機				
		醫用牙科型 X 光機				
		醫用骨質密度儀				
2.8	儀器設備所有按鈕及指示燈能夠正常運作。	醫用診斷型 X 光機				
		醫用牙科型 X 光機				
		醫用骨質密度儀				
2.9	儀器設備所有止動裝置以及電源開關能夠正常運作。	醫用診斷型 X 光機				
		醫用牙科型 X 光機				
		醫用骨質密度儀				
2.10	作業前完成假骨掃描及記錄。並確認 BMD 與 BMC 符合標準。	醫用骨質密度儀				
3. 游離輻射環境安全作業						
3.1	可發生游離輻射設登記證明應懸掛於明顯處。(需於有效期內)					
3.2	備有適當鉛當量之防護衣物(含生殖腺防護屏—牙科免)					

項次	評核項目	是	否		NA	備註
			現場輔導	追蹤輔導		
3.3	輻射防護用衣物有妥善管理，並保存每年檢測紀錄(檢測牙科免)。					
3.4	X光攝影室門扉上裝有標準之輻射警示標誌並有X光室或輻射管制區等警語。					
3.5	X光攝影室門扉上裝有與X光機連動之安全連鎖裝置。					
3.6	暗房之安全燈應每半年施作一次安全檢測，並保存檢測紀錄。 【數位化X光機設備，本項免評】					
3.7	所有成像設備(暗房洗片機、明室系統或數位影像系統)需有抽風設備或空調設施。					
3.8	廢X光片、廢顯影、定影液之管理符合環保法規之規定。 【備有數位影像儲存傳輸設備(PACS)】					
3.9	X光室內外作業空間明亮，並備有緊急照明設備。 【測試照明設備】					

4. 游離輻射工作人員安全作業

4.1	醫事放射師(士)每年應取得3小時以上之輻射防護教育時數。					
4.2	雇主每年提供輻射工作人員健康檢查。					
4.3	輻射工作人員工作時應配戴人員劑量徽章。					

訪視委員1簽名：_____

訪視委員2簽名：_____

機構負責人或醫事放射師簽名：_____

參、機構回饋表

101 年度「基層醫事機構游離輻射防護品質輔導」 機構回饋表			
機 構 名 稱		負責人簽名	
受訪者姓名及職稱		受訪者簽名	
訪視委員之態度	<input type="checkbox"/> 優 <input type="checkbox"/> 佳 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差		
訪視委員之專業	<input type="checkbox"/> 優 <input type="checkbox"/> 佳 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差		
本次訪視對游離輻射防護品質提升有實質幫助	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無，原因_____		
接受訪視前關於游離輻射防護評核項目法源瞭解程度	影 像 品 質	<input type="checkbox"/> 很瞭解 <input type="checkbox"/> 瞭解 <input type="checkbox"/> 不瞭解	
	游離輻射設備品保與輻射安全	<input type="checkbox"/> 很瞭解 <input type="checkbox"/> 瞭解 <input type="checkbox"/> 不瞭解	
	游離輻射環境安全作業	<input type="checkbox"/> 很瞭解 <input type="checkbox"/> 瞭解 <input type="checkbox"/> 不瞭解	
	游離輻射工作人員安全作業	<input type="checkbox"/> 很瞭解 <input type="checkbox"/> 瞭解 <input type="checkbox"/> 不瞭解	
接受訪視後關於游離輻射防護評核項目法源瞭解程度	影 像 品 質	<input type="checkbox"/> 很瞭解 <input type="checkbox"/> 瞭解 <input type="checkbox"/> 不瞭解	
	游離輻射設備品保與輻射安全	<input type="checkbox"/> 很瞭解 <input type="checkbox"/> 瞭解 <input type="checkbox"/> 不瞭解	
	游離輻射環境安全作業	<input type="checkbox"/> 很瞭解 <input type="checkbox"/> 瞭解 <input type="checkbox"/> 不瞭解	
	游離輻射工作人員安全作業	<input type="checkbox"/> 很瞭解 <input type="checkbox"/> 瞭解 <input type="checkbox"/> 不瞭解	
機構接受訪視與輔導心得及建議			

肆、陪同人員回饋表

縣市衛生局意見回饋表			
縣	市	日期	101年 月 日
衛生主管機關	陪訪者姓名	(請簽名)	
	陪訪者職稱		
	行動電話		
意見回饋			

公會意見回饋表

公會意見回饋表			
縣	市		日期 101年 月 日
公 會	陪訪者姓名	(請簽名)	<input type="checkbox"/> 醫師公會 <input type="checkbox"/> 牙醫師公會 <input type="checkbox"/> 醫事放射師公會
	陪訪者職稱		
公 會	陪訪者姓名	(請簽名)	<input type="checkbox"/> 醫師公會 <input type="checkbox"/> 牙醫師公會 <input type="checkbox"/> 醫事放射師公會
	陪訪者職稱		
意見回饋			

伍、委員總評意見表

總評意見表

請委員具體說明優點或特色及待改進事項或建議

訪視委員 1 簽名：_____

訪視委員 2 簽名：_____

機構負責人或醫事放射師簽名：_____

陸、評定結果及等級一覽表

◆評定等級

西醫診所評定標準	
評定等級	總項次符合率
通過	80%以上(含)

◆本機構評核結果統計(單位：項次)

評核類別		總項次	符合	建議改善	NA	達成率
影 像 品 質	胸部 X 光攝影	6				
	腹部 X 光攝影	6				
	四肢 X 光攝影	6				
	口內 X 光攝影	6				
	齒顎全景(環口) X 光攝影	6				
	骨 密 檢 測	2				
	通 用 項 目	2				
游 離 輻 射 設 備 品 保 與 輻 射 安 全	醫用診斷型 X 光機	9				
	醫用牙科型 X 光機	5				
	醫用骨質密度儀	7				
游 離 輻 射 環 境 安 全 作 業		9				
游 離 輻 射 工 作 人 員 安 全 作 業		3				
總 評 核						

本機構評定結果：通過 未通過

訪視委員 1 簽名：_____

訪視委員 2 簽名：_____