医療被ばく（放射線検査）線量の調査票（追加調査）

回答施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

担当者名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

E-mail又は電話番号（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

＊間違ったデータがないかを確認するためのものです。施設名ならびに個人名を公表することはありません。

　医療被ばくの最適化の現状を把握するとともに最適化を進めるための因子を把握するため、貴施設の状況をご回答ください。

なお、焦点—イメージ間距離、管電圧、mAs値、Grid使用の有無（＋/－）、総ろ過は必ず回答してください。また、総ろ過はメーカに確認して回答されることをお勧めいたします。

1. 貴施設の下記の放射線検査の撮影条件等を記入例を参考にご記入ください。ご記入いただいたデータから医療被ばく線量の結果を算定し貴施設に送付いたします。検査を実施していない項目は未記入で結構です。

（回答記入表）

　　（記入例）

