

行政院原子能委員會 公告

發文日期：中華民國九十二年十二月十六日

發文字號：會輻字第0920034653號

主旨：訂定「醫用直線加速器年度偵測證明」、「醫用移動型 X 光機年度偵測證明」、「醫用鈷六十遠隔治療設備年度偵測證明」、「醫用遙控後荷式近接治療設備年度偵測證明」、「醫用治療型 X 光機偵測證明」、「密封放射性物質偵測證明」及「非密封放射性物質作業場所偵測證明」表格。

依據：游離輻射防護法第三十二條規定。

主任委員 歐陽敏盛

醫用直線加速器年度偵測證明

一、申請人資料：

設 施 經 營 者	負 責 人	
地 址	電 話	

二、直線加速器

名 稱	廠 牌	型 號	序 號	備 註
直 線 加 速 器				
許 可 證 字 號				

三、測試項目（合格者打「✓」，不合格者打「×」）

1. 治療室外之輻射劑量（率）_____。（測定條件 _____ MV , Dose rate _____ cGy/min） 2. 安全連鎖及急停裝置功能測試。 3. 輸出劑量測試_____。（輸出劑量誤差不得超過百分之二） 4. 百分深度劑量測試_____。（百分深度劑量誤差不得超過百分之二） 5. 防護管套外表面距靶一公尺處，不得超過有用射柱內中心軸上輸出劑量之千分之一。 （測定條件 _____ MV , Dose rate _____ cGy/min） 6. 有用射束之平坦性及對稱性_____。（平坦性於照野面積百分之八十範圍內之劑量輸出誤差不得超過百分之三，五百萬電子伏以下之電子射束不得超過百分之五；對稱性於照野面積百分之八十範圍內之劑量輸出誤差不得超過百分之二）
--

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

醫用移動型 X 光機年度偵測證明

二、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	1. 距 X 光靶一 . 八公尺處之劑量率_____。(測定條件___kVp___ mA ___sec) 2. 距 X 光靶一公尺處之滲漏輻射空氣克馬率_____。 3. 光照野與輻射照野的一致性測試。(無此設備免)
含 透 視	4. 透視計時器裝置功能測試。(最長時間不超過 10 分鐘) 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_____。 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

醫用鈷六十遠隔治療設備年度偵測證明

三、申請人資料：

設 施 經 營 者	負 責 人	
地 址	電 話	

二、鈷六十遠隔治療設備

名 稱	廠 牌	型 號	序 號	備 註
鈷六十遠隔治療設備				
許 可 證 字 號				

三、測試項目（合格者打「✓」，不合格者打「×」）

1. 治療室外之輻射劑量（率）_____。 2. 安全連鎖及急停裝置功能測試。 3. 輸出劑量測試。（輸出劑量誤差不得超過百分之二） 4. 百分深度劑量測試。（百分深度劑量誤差不得超過百分之二） 5. 機頭外表面距輻射源貯存位置一公尺處之滲漏輻射空氣克馬。（機頭距射源鉛屏蔽外一米處之滲漏值，十四點平均之空氣克馬須小於每小時二十微戈雷；任一點不得大於每小時一百微戈雷。） 6. 有用射束之平坦性及對稱性。（平坦性於照野面積百分之八十範圍內之劑量輸出誤差不得超過百分之五；對稱性於照野面積百分之八十範圍內之劑量輸出誤差不得超過百分之二。） 7. 密封放射性物質擦拭測試。（ 185Bq）
--

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

醫用遙控後荷式近接治療設備年度偵測證明

四、申請人資料：

設 施 經 營 者		負 責 人	
地 址		電 話	

二、遙控後荷式近接治療設備

名 稱	廠 牌	型 號	序 號	核 種 數 量
遙控後荷式近接 治 療 設 備				
許 可 證 字 號				

三、測試項目（合格者打「✓」，不合格者打「×」）

1. 治療室外之輻射劑量（率）_____。
2. 安全連鎖及急停裝置功能測試。
3. 密封放射性物質擦拭測試。（ 185Bq）

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

醫用治療型 X 光機年度偵測證明

五、申請人資料：

設 施 經 營 者		負 責 人	
地 址		電 話	

二、醫用治療型 X 光機

名 稱	廠 牌	型 號	序 號	備 註
醫用治療型 X 光機				
許 可 證 字 號				

三、測試項目（合格者打「✓」，不合格者打「×」）

1. X 光室四週之劑量（率）_____。（測定條件_____kVp_____ mA _____sec） 2. X 光管外表面距 X 光靶一公尺處之滲漏輻射空氣克馬_____。 3. X 光管外表面距 X 光靶主射束方向五公分處之滲漏輻射空氣克馬。_____ 4. 安全連鎖功能測試。

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

密封放射性物質年度偵測證明

六、申請人資料：

設 施 經 營 者		負 責 人	
地 址		電 話	

二、密封放射性物質

核種名稱	活 度	序 號	核種名稱	活 度	序 號	核種名稱	活 度	序 號
許 可 證 字 號								

三、測試項目（合格者打「✓」，不合格者打「×」）

1.儀器裝備或屏蔽容器外四週之輻射劑量（率）_____。 2.安全連鎖功能測試。（無此設計免） 3.密封放射性物質擦拭測試 4.管制區、監測區四週之輻射劑量（率）_____。
--

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

