

衛生福利部

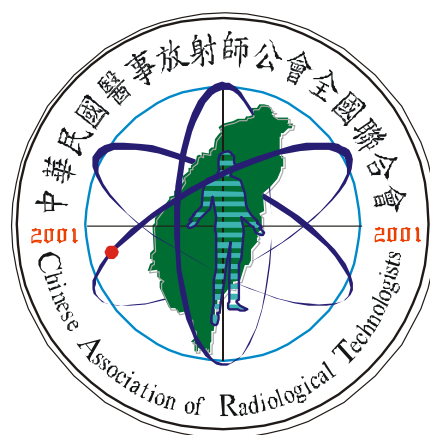
112 年度「基層醫事機構游離輻射防護品質輔導計畫」 實地訪視與輔導作業資料

衛生所

主辦單位：衛生福利部

承辦單位：高雄市政府衛生局

協辦單位：社團法人高雄市牙醫師公會、社團法人高雄市醫
事放射師公會、高雄縣醫事放射師公會



訪視日期：

訪視序號：

訪視機構：

機構地址：

機構電話：

X 光設備：

最高機齡：

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 111 年度基層醫事機構游離輻射防護品質輔導計畫「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 小時以上訓練。				
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：_____					

壹、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. 游離輻射設備品保與輻射安全						
1.1	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				
1.2	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				
1.3	SID 設定的準確性。	醫用診斷型 X 光機				
1.4	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皆有維修紀錄】	醫用診斷型 X 光機				
		醫用牙科型 X 光機				
		醫用骨質密度儀				
1.5	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				
1.6	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				
1.7	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				
1.8	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				

項次	評核項目	是	否		NA	備註
			現場輔導	追蹤輔導		
	醫用骨質密度儀					
1.9	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				
1.10	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				
2. 游離輻射環境安全作業						
2.1	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】					
2.2	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。					
2.3	X 光攝影室門扉上裝有與 X 光機連動之安全連鎖裝置。					
2.4	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】					
2.5	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。					
2.6	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】					
2.7	備有適當鉛當量之防護衣物。 【含生殖腺防護屏—牙科免】					
2.8	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】					

項次	評核項目	是	否		NA	備註
			現場輔導	追蹤輔導		
2.9	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)者，本項免評】					
3. 組織管理作業						
3.1	機構廣告市招符合法規。 【診所、衛生所免】					
3.2	機構開業執照懸掛於明顯處。					
3.3	醫事放射師(士)證書懸掛於明顯處。					
3.4	機構有完整之檢查攝影作業程序資料。					
3.5	機構明確標示營業時間及休息時間。					
3.6	機構收費標準懸掛於明顯處。 【診所、衛生所免】					
3.7	機構確實幫執業之醫事放射師(士)加入勞健(公)保。					
3.8	醫事放射師(士)執業是否加入所在地醫事放射師公會或醫事放射士公會。					
3.9	執業之醫事放射師(士)執業時應佩戴執業執照。					
3.10	雇主每年提供輻射作業之教育訓練與紀錄。【可參加院外舉辦】					

項次	評核項目	是	否		NA	備註
			現場輔導	追蹤輔導		
3.11	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。					
3.12	雇主每年提供輻射工作人員健康檢查。					
3.13	輻射工作人員工作時應配戴人員劑量佩章。					
3.14	備有攝影檢查技術手冊或參考工具書。					
4. 病人安全作業						
4.1	攝影前於檢查室內應檢視會檢單內容及確認受檢者身份。					
4.2	檢查攝影過程中應佩戴外科口罩。					
4.3	接觸受檢者前、後均應洗手。					
4.4	備有平穩腳踏板供行動不方便受檢者上下檢查檯。					
4.5	針對具有生育年齡之女性受檢者攝影前應確認有無懷孕。 【張貼懷孕告示警語】					
4.6	對於協助病人接受輻射醫療者，其有遭受曝露之虞時，應事前告知及施以適當之輻射防護。					
4.7	備有隱密專用之更衣空間。					
4.8	醫事機構公開貼有安全準則及逃生路線指標。					
4.9	醫事機構備有在有效期內滅火器，並具操作能力。					

項次	評核項目	是	否		NA	備註
			現場輔導	追蹤輔導		
5. 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】						
5.1	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				
5.2	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				
5.3	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				
5.4	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				

項次	評核項目	是	否		NA	備註
			現場輔導	追蹤輔導		
	齒顎全景(環口) X 光攝影					
5.5	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
5.6	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				
5.7	有適當的影像檔案儲存管理。					
5.8	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】					

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：_____

貳、受訪視機構品質作業改善輔導一覽表

項次	品質作業評核項目	委員輔導方式及改善建議方式 (請委員具體陳述)

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

112 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	
	儀 器 品 保 與 輻 射 安 全	<input type="checkbox"/> 很瞭解 <input type="checkbox"/> 瞭解 <input type="checkbox"/> 不瞭解	
	環 境 設 施	<input type="checkbox"/> 很瞭解 <input type="checkbox"/> 瞭解 <input type="checkbox"/> 不瞭解	
	病 人 安 全	<input type="checkbox"/> 很瞭解 <input type="checkbox"/> 瞭解 <input type="checkbox"/> 不瞭解	
	組 織 管 理	<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	
	儀 器 品 保 與 輻 射 安 全	<input type="checkbox"/> 很瞭解 <input type="checkbox"/> 瞭解 <input type="checkbox"/> 不瞭解	
	環 境 設 施	<input type="checkbox"/> 很瞭解 <input type="checkbox"/> 瞭解 <input type="checkbox"/> 不瞭解	
	病 人 安 全	<input type="checkbox"/> 很瞭解 <input type="checkbox"/> 瞭解 <input type="checkbox"/> 不瞭解	
	組 織 管 理	<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	112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 112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

<p style="text-align: center;">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</p>

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

衛生所評定標準	
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	符合率
			現場輔導	追蹤輔導		
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					
組織管理作業	14					
病人安全作業	9					
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				
總評核	87					

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：_____