

# 乳房撮影システム情報 記入用紙

施設名： \_\_\_\_\_

## ●乳房撮影装置

機種名： \_\_\_\_\_

購入年度：西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

グリッド：( ) あり ( ) なし

## ●受光系

( ) スクリーン・フィルムシステム

スクリーン： \_\_\_\_\_ フィルム： \_\_\_\_\_

自動現像機名： \_\_\_\_\_

現像処理時間： \_\_\_\_\_ 秒 現像処理温度： \_\_\_\_\_ °C

( ) CR 読取装置 ( )

読取りピッチ ( ) ミクロン

( ) DR ( )

受光系の画素サイズ ( ) ミクロン

CR あるいは DR の場合：

イメージャ ( ) (ドライタイプ・ウエットタイプ)

ハードコピーの最高濃度 (ベース濃度) ( )

書込みピッチ ( ) ミクロン

診断モニタの種類 (会社名 )

画素数 ( ) MB

## ●QC・読影機器保有状況 (保有するものに○、無いものには×をつける)

( ) ACR 推奨ファントム ( ) JRS 推奨ファントム

( ) 濃度計 ( ) 線量計 ( ) 5M モニタ

( ) マンモグラフィ用高輝度シャウカステン

( ) その他 ( )

## ●持参症例撮影条件

右

左

Target/Filter \_\_\_\_\_

管電圧 \_\_\_\_\_ kV

mAs 値 \_\_\_\_\_ mAs

圧迫厚 \_\_\_\_\_ mm

圧迫圧： \_\_\_\_\_ N

記入年月日：西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

記入者氏名： \_\_\_\_\_ 職種 \_\_\_\_\_

受講者氏名： \_\_\_\_\_