

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：昭和・平成 _____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 () 直接変換方式 () 間接変換方式

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)

解像度 () MP

●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

() マンモグラフィ用高輝度シャウカステン

●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： _____ k g

記入年月日：平成 _____年_____月_____日

記入者氏名： _____ 職種 _____

受講者氏名： _____