

Ai 実施状況調査票

調査年月日	(西暦) 年 月 日			
施設名				
Ai 実施件数 (過去 3 年分) <small>(4~3 月までの年度毎)</small>	(西暦)	年度	年度	年度
	(院内)	件	件	件
	(院外)	件	件	件
使用装置 <small>(該当すべてを○で囲む)</small>	CT 装置 MRI 装置 X 線撮影装置 超音波装置 その他()			
撮影者 <small>(該当すべてを○で囲む)</small>	診療放射線技師 放射線科医師 依頼診療科医師 その他()			
読影者 <small>(該当すべてを○で囲む)</small>	放射線科医師 依頼診療科医師 外部委託 その他()			
Ai 研修会 受講修了者 (医師・歯科医師) <small>(代表 1 名と他人数を記入)</small>	受講年度	受講者氏名		診療科
	年度			
	上記の他 名			
Ai 研修会 受講修了者 (診療放射線技師) <small>(代表 1 名と他人数を記入)</small>	受講年度	受講者氏名		
	年度			
	上記の他 名			
Ai 認定 診療放射線技師 <small>(代表 1 名と他人数を記入)</small>	認定年度	認定者氏名		認定番号
	年度			
	上記の他 名			

以上、当施設における Ai 実施状況に相違ございません。

記入責任者

(フリガナ) 記入者氏名	()
所属部署	

(事務局記入欄)

受付年月日:	受付番号:
--------	-------