

患者個人に対する週間投与線量データ検証について

外部放射線治療装置には患者個別の照射情報が記録されています。これらについて週ごとに患者個別の照射実績を印刷し、所定の治療が行われていることを確認の後、確認者が署名したものについて、治療担当医からサインをもらってください。

確認の際に必要な項目

患者 ID、照射日、門番号、治療マシン ID、エネルギー、照射 MU 値、照射野 ID、ウエッジ角度などで、LG 撮影時の照射も含むこと（該当期間のすべての照射を網羅すること）。

記載上の注意

患者氏名は明記しないこと（黒塗りにすること）。

記載例

患者氏名 XXXXXXXXXX 患者 ID _____ 記録期間：2021/10/4～2021/10/11 など

Last Name	First Name	Patient Id	CourseId	Treatment DateTime	Treat Category	Treatment FieldId	Treatment FieldName	Field Status	Machine Id	Treatment Type	Energy	MU
XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX		C1	04/10/2006 08:44:08	TRT	P1	50 deg	Treated	CL21EX	STATIC	6X	434
XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX		C1	04/10/2006 08:46:48	TRT	P2	237 deg	Treated	CL21EX	STATIC	6X	395
XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX		C1	04/10/2006 09:22:52	TRT	P1	180 deg	Treated	CL21EX	STATIC	10X	72
XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX		C1	04/10/2006 09:24:20	TRT	P3	270 deg	Treated	CL21EX	STATIC	10X	134
XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX		C1	04/10/2006 09:25:55	TRT	P2	90 deg	Treated	CL21EX	STATIC	10X	135
XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX		C2 (PALN)	04/10/2006 09:00:35	TRT	P3	230 deg	Treated	CL21EX	STATIC	10X	69
XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX		C4 (Brain)	04/10/2006 15:40:21	PORT	P2	270 deg	Inactive	CL21EX	STATIC	6X	1
XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX		C4 (Brain)	04/10/2006 15:47:39	PORT	P2	270 deg	Treated	CL21EX	STATIC	6X	2

作成日 : _____

確認者氏名 : _____

担当医サイン : _____