

電離放射線健康診断問診票

永久保存用

※ 赤枠内はすべて記載すること

問診 5月

太枠内はすべて記入すること。 □にチェックを入れること。 記入日 平成〇年〇月〇日

★ 前年度1年分を、記入し提出すること

新規 <input type="checkbox"/> 登録時(従事前)	継続 <input type="checkbox"/> 登録後6か月 <input type="checkbox"/> 一部省略不可	記入日 平成〇年〇月〇日
<input checked="" type="checkbox"/> 問診(5月) <input type="checkbox"/> 問診(11月)		
ふりがな 氏名	キョウダイ タカシ 九大 隆	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	昭和・平成〇年〇月〇日(〇歳)	取扱施設 病院
所属部局 講座名等	〇学部 〇学科 〇講座	登録番号 0310-00000
身分	教授 院生など	0810-00000

放射性同位元素等取扱者手帳(ピンクの手帳) 8ページから記載されている 「取扱施設名」と「登録番号」を記入

毎月発行されている個人用報告書を見て前年度、自分がガラスバッジを使用し始めた月から3月までを記入。

〈1〉放射線取扱歴 登録前健診者のみ記入

ガラス(フィルム)バッジを使用したことがありますか?

なし

あり → ①どこの施設で使用されましたか?

九大

その他 (施設名: _____ 使用時期: _____)

②過去に被曝したことがありますか?

なし

あり (年月: _____ 実効線量: _____ mSv)

※ 複数施設に登録している人は、すべての施設を記入すること。
※ 番号は一人一人違います。
★自分の登録番号を記入すること!

例) ・4月からガラスバッジ使用
・報告書は4月～3月分まで手元にある。
・すべて「X(イクス)」= 検出限界未満
よって被曝していない=0、0mSv
・12ヶ月間「X」なので「12X」

〈2〉放射線取扱業務従事状況 ガラスバッジ所有者のみ記入

前年度の被曝線量	実効線量	等価線量		※線量が0.0mSvを超える場合、記入すること ・被曝した日時、場所
		水晶体	皮膚	
平成21年度	0.0 mSv (12 X)	0.0 mSv (12 X)	0.0 mSv (12 X)	・ " 作業内容 ・ " 自覚症状
今年度の被曝線量	(平成 年 月～月)	()	()	()

実効線量が5mSvを超えるおそれの有無

なし

あり → 理由()

確認者氏名 _____ 印

3月までの1年間で5mSvを超えるおそれがないか?

所属の責任者の「サイン・印」をもらうこと

〈3〉身体に関する自覚症状 全員記入

・新規登録者 .. 現在の症状

・継続使用者 .. 前回の健診後、新たに現れた症状

皮膚症状	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
眼症状	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
アレルギー-症状	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (花粉症 アトピー 鼻炎 結膜炎 喘息)
その他	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (風邪気味)

〈4〉医師の判定 ... 以下は健康管理医が記入します ...

1、異常なし

2、一部省略不可

3、全部省略

4、省略できない項目 白血球数及び白血球百分率 赤血球数及びHb量又はHt値

眼 皮膚

判定年月日 平成 _____ 判定者 健康管理医 _____ 印