

電離放射線健康診断問診票

永久保存用

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

| | |
|---|--|
| 新規 <input checked="" 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 |
| | <input type="checkbox"/> 問診(5月) <input type="checkbox"/> 問診(11月) |

| | | | | |
|--------------|----------------------|-----------|-------------|------|
| ふりがな 氏名 | きゅうだい はなこ 九大 花子 | 性別 男・女 | 取扱施設 | 登録番号 |
| 生年月日 | 昭和・平成 〇年 〇月 〇日 (〇歳) | | | |
| 所属部局 講座名等 | 〇学部 〇学科 〇講座 | 身分 | 教授、 院生など | |

※赤枠内はすべて記載すること

〈 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)

〈 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 | | 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 ・ " 作業内容 ・ " 自覚症状 |
|-------------------------|----------------------|---------------------|--------------------|---|
| 平成 年度 | 実効線量 mSv (X) | 水晶体 mSv (X) | 皮膚 mSv (X) | |
| (X)は検出値 のなかった月数を記入 | (X) | (X) | (X) | |

| 今年度の被曝線量 | | 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 ・ " 作業内容 ・ " 自覚症状 |
|-------------------------|----------------------|---------------------|--------------------|---|
| (平成 年 月 ~ 月) | 実効線量 mSv (X) | 水晶体 mSv (X) | 皮膚 mSv (X) | |
| (X)は検出値 のなかった月数を記入 | (X) | (X) | (X) | |

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 〉 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 type="checkbox"/> なし <input checked="" 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

新規