



問診 11月

電離放射線健康診断問診票

永久保存用

★ 今年度4月から半年分を記入し、提出すること

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 登録時(従事前) 継続 登録後6か月 一部省略不可
 問診(5月) 問診(11月)

ふりがな	きゅうだい きょうに	性別	取扱施設	登録番号
氏名	九大 今日子	男・(女)	農学部	0765-00000
生年月日	昭和・平成〇年〇月〇日(〇歳)		農学部	0765-00000
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	農学部 リエンター でミハイ	1865-00000

※ 赤枠内はすべて記載すること

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

※ 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!

< 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

平成 年度	実効線量 mSv	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
		水晶体 mSv	皮膚 mSv	
(X)は検出値 のなかった月数を記入	(X)	(X)	(X)	
前年度の被曝線量				
今年度の被曝線量				
(平成22年 4月~9月)	0.0 mSv (6 X)	0.0 mSv (6 X)	0.0 mSv (6 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

毎月発行されている個人用報告書を見て今年度、自分がガラスバッジを使用し始めた月から今、現在報告書の発行されている月までを記入。

例) ・4月からガラスバッジ使用
 ・報告書は4月~9月分まで手元にある。
 ・すべて「X(エックス)」= 検出限界未満
 よって被曝していない=0.0mSv
 ・6ヶ月間「X」なので「6X」

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