

問診 5月

様式第1号(第57条関係)

所属: _____

電離放射線健康診断個人票

氏名		性別	男・女	生年月日	年	月	日	①前回の健康診断までの実効線量	
放射線業務の経歴(他の事業におけるものを含む)		期間	年月日から	21年5月1日	から	21年10月1日	から	年 月 日まで	
		業務名	年月日まで	21年9月30日	まで	22年3月31日	まで	年 月 日まで	
②被ばく歴の有無									
③判定と処置									
健康診断年月日									
現在の業務		研究・診療など							
前回の健康診断後に受けた線量	実効線量	外部被ばくによるもの(事故等によるものを除く。)(mSv)	前々回受診時の結果		前回受診時の結果		記載あり		
		内部被ばくによるもの(事故等によるものを除く。)(mSv)	記載あり		記載あり		記載あり		
		④事故等によるもの(mSv)	記載あり		記載あり		記載あり		
		計(mSv)	記載あり		記載あり		記載あり		
等価線量	眼の水晶体	事故等によるものを除くもの	記載あり		記載あり		記載あり		
		⑤事故等によるもの	記載あり		記載あり		記載あり		
	皮膚	事故等によるものを除くもの	記載あり		記載あり		記載あり		
		⑤事故等によるもの	記載あり		記載あり		記載あり		
血液	白血球数(個/mm ³)		記載あり		記載あり		記載あり		
	リンパ球(%)		記載あり		記載あり		記載あり		
	単球(%)		記載あり		記載あり		記載あり		
	異型リンパ球(%)		記載あり		記載あり		記載あり		
	好中球	桿状核(%)		記載あり		記載あり		記載あり	
		分葉核(%)		記載あり		記載あり		記載あり	
	好酸球(%)		記載あり		記載あり		記載あり		
	好塩基球(%)		記載あり		記載あり		記載あり		
	赤血球数(万個/mm ³)		記載あり		記載あり		記載あり		
	血色素量(g/dl)		記載あり		記載あり		記載あり		
ヘマトクリット値(%)		記載あり		記載あり		記載あり			
その他		記載あり		記載あり		記載あり			
眼	水晶体の混濁(有無)		印		印		印		
	発赤(有無)		印		印		印		

前回記入した期間の翌日から
個人用報告書の出ている月の最終日までを
記入

例) ・前回記入期間 5/1~9/30
・報告書は3月分まで手元にある。
・よって期間は10/1から3/31となる。

その期間中の被曝線量を記入

例) ・10月~3月の報告書を確認
・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