

# 電離放射線健康診断問診票

永久保存用

★ **継続・登録後6か月**

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

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)

※ 赤枠内はすべて記載すること

ふりがな	まきゅうだい めぐみ		性別	取扱施設	登録番号
氏名	九大 恵		男・女	病院	0310-00000
生年月日	昭和・平成 〇年 〇月 〇日 ( 〇歳)			RIセンター	
所属部局 講座名等	〇学部 〇学科 〇講座		身分	病院地区	1710-00000
			教授・ 院生など		

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

★新規登録年月日が7月～9月の者

毎月発行されている**個人用報告書**を見て自分が  
ガラスパッチを使用し始めた月から  
今、現在報告書の出ている月まで  
を記入。

例) ・8月からガラスパッチ使用開始  
・報告書は8月～12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  
・5ヶ月間「X」なので「5X」

※ 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)パッチ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 ガラスパッチ所有者のみ記入

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)	
今年度の被曝線量				
(平成22年 8月～12月)	0.0 mSv ( 5 X)	0.0 mSv ( 5 X)	0.0 mSv ( 5 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)

記入漏れが多いので注意!!

〈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