

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

★ 前年度1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	キョウダイ タカシ	性別	取扱施設	登録番号
氏名	九大 隆	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	病院	0310-00000
生年月日	昭和・平成〇年〇月〇日(〇歳)		生医研	0810-00000
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		

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		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2 年度	実効線量	水晶体	皮膚	
(X)は検出値のなかった月数を記入	0.0 mSv (12 X)	0.0 mSv (12 X)	0.0 mSv (12 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	水晶体	皮膚	
(X)は検出値のなかった月数を記入	mSv (X)	mSv (X)	mSv (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