

電離放射線健康診断問診票

永久保存用

新規

※赤枠内はすべて記載すること

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 はなこ	性別	取扱施設	登録番号
氏名	九大 花子	男・女		
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	

〈 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)は検出値 のなかった月数を記入	水晶体 mSv (X)	皮膚 mSv (X)	
	(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)は検出値 のなかった月数を記入	水晶体 mSv (X)	皮膚 mSv (X)	
	(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)

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

