

# 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**

★新規登録年月日が  
前年度 10月～12月の者

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。

例) ・11月からガラスバッジ使用開始  
・報告書は11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  
  
・5ヶ月間「X」なので「5X」

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 いちろう	性別	取扱施設	登録番号
氏名	九大 一郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	工学部	0664-00000
生年月日	昭和・平成 〇年 〇月 〇日 ( 〇歳)		先端研	0964-00000
所属部局 講座名等	〇学部 〇学科 〇講座	身分 考査受 院生など		

※ 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 2 年度	実効線量	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
		水晶体	皮膚	
( X )は検出値 のなかった月数を記入	0.0 mSv ( 5 X )	0.0 mSv ( 5 X )	0.0 mSv ( 5 X )	・ " 作業内容 ・ " 自覚症状

(平成 年 月～ 月)	実効線量	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
		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 )	・ " 作業内容 ・ " 自覚症状

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

# 電離放射線健康診断問診票

永久保存用

グレー部分以外はすべて記入すること。

記入日 年 月 日

新規 <input type="checkbox"/> 登録時(従事前)	継続 <input checked="" type="checkbox"/> 登録後6か月 <input type="checkbox"/> 一部省略不可
	<input type="checkbox"/> 問診(5月) <input type="checkbox"/> 問診(11月)

ふりがな 氏名			性別 男・女	取扱施設	登録番号
生年月日	昭和・平成	年	月	日 ( 歳)	
所属部局 講座名等		身	分		

## 〈 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				
年度	実効線量	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
		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)	・ // 作業内容 ・ // 自覚症状
今年度の被曝線量				
( 年 月～ 月)	実効線量	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
		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)	・ // 作業内容 ・ // 自覚症状

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 type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	( _____ )
眼症状	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	( _____ )
アレルギー-症状	<input 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 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 \_\_\_\_\_ 判定者 健康管理医 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_