

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	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)	リエンター	
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

〈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!

〈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 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)	実効線量 0.0 mSv (5 X)	水晶体 0.0 mSv (5 X)	皮膚 0.0 mSv (5 X)	※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
実効線量が5mSvを超えるおそれの有無				
<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 理由()				
確認者氏名 〇 〇 〇 〇 印				

毎月発行されている**個人用報告書**を見て自分が
ガラスバッジ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月からガラスバッジ使用開始
・報告書は8月~12月分まで手元にある。
・すべて「X(エックス)」= 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」

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

