

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

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

★ 前年度1年分を、記入し提出すること

新規 <input type="checkbox"/> 登録時(従事前)	継続 <input type="checkbox"/> 登録後6か月 <input type="checkbox"/> 一部省略不可	記入日 平成〇年〇月〇日
ふりがな キョウダイ タカシ	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	取扱施設 病院
氏名 九大 隆	登録番号 0310-00000	登録番号 0810-00000
生年月日 昭和・平成〇年〇月〇日 (〇歳)	所属部局 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	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	
平成2 年度	0.0 mSv (12 X)	0.0 mSv (12 X)	0.0 mSv (12 X)	・ " 作業内容 ・ " 自覚症状
今年度の被曝線量	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 type="checkbox"/> 登録後6か月	<input type="checkbox"/> 一部省略不可
			<input checked="" type="checkbox"/> 問診(5月)	<input type="checkbox"/> 問診(11月)

ふりがな				性別	取扱施設	登録番号
氏名				男・女		
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				
<input type="checkbox"/> なし				
<input type="checkbox"/> 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 アレルギー 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	<input type="checkbox"/> 白血球数及び白血球百分率	<input type="checkbox"/> 赤血球数及びHb量又はHt値
	<input type="checkbox"/> 眼	<input type="checkbox"/> 皮膚
判定年月日	判定者 健康管理医	印