



問診 11月

# 電離放射線健康診断問診票

永久保存用

★ 今年度4月から半年分を記入し、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	きゅうだい きょうに		性別	取扱施設	登録番号
氏名	九大 今日子		男・(女)	農学部	0765-00000
生年月日	昭和・平成〇年〇月〇日(〇歳)			農学部	0765-00000
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	農学部 Rセンター でミハイ	1865-00000

※ 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 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 )	
前年度の被曝線量				
今年度の被曝線量				
(平成22年 4月~9月)	0.0 mSv ( 6 X )	0.0 mSv ( 6 X )	0.0 mSv ( 6 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

毎月発行されている個人用報告書を見て今年度、自分がガラスバッジを使用し始めた月から今、現在報告書の発行されている月までを記入。

例) ・4月からガラスバッジ使用  
 ・報告書は4月~9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  
 ・6ヶ月間「X」なので「6X」

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 type="checkbox"/> 問診(5月) <input checked="" 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？	
<input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> あり	→ ①どこの施設で使用されましたか？
<input type="checkbox"/> 九大	
<input type="checkbox"/> 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？	
<input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 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	mSv	mSv	・ // 作業内容
	( X)	( X)	( X)	・ // 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	mSv	mSv	・ // 作業内容
	( X)	( X)	( X)	・ // 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