

※永久保存

新規	<input type="checkbox"/> 登録時(業務従事前)	
継続	<input type="checkbox"/> 6月	<input type="checkbox"/> 12月

両面印刷

放射線業務従事者の健康診断問診票(千原事業場)

		調査年月日	
職員番号		学籍番号	
所 属	職種:	身 分	<input type="checkbox"/> 常勤職員 <input type="checkbox"/> 非常勤職員
部 係・講座名			<input type="checkbox"/> 大学院生 <input type="checkbox"/> 学部学生 <input type="checkbox"/> その他()
(ふりがな)		生年月日 /性別	(西暦) 年 月 日 <input type="checkbox"/> 男
氏 名			年 月 日 <input type="checkbox"/> 女

1. 放射線業務従事状況(該当する事項にレ印し, 必要に応じて括弧内に記入してください)

業 務 場 所	<input type="checkbox"/> 研究基盤統括センターRI施設 <input type="checkbox"/> 医学部RI実験施設 <input type="checkbox"/> 病院 *下記の管理区域等に○を記入 * (血管造影室 心カテ室 TV透視室 CT室 RI検査室 手術室 放射線治療室 血液照射室 FIMACC) <input type="checkbox"/> その他の施設 ()
業 務 内 容	<input type="checkbox"/> 非密封RI(使用核種 : <input type="checkbox"/> 密封RI(使用核種 : <input type="checkbox"/> 診療業務(X線, γ線, 中性子線, 放射性医薬品, その他() <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 放射線業務の従事なし <input type="checkbox"/> 放射線業務の従事あり	

2. 前回の健康診断まで(新規登録の場合は過去)の被ばく歴の有無

有 無 *有の場合は以下を記入してください

前回の健康診断まで (新規登録の場合は過去) の被ばく線量	実効線量		等価線量		
	mSv	皮膚	眼	女性腹部	
		mSv	mSv	mSv	mSv
放射線作業の場所					
放射線作業の内容					
放射線作業の期間					
放射線障害の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合は、次欄に記入してください)				
放射線障害の具体的症状					
被ばくに関する事項					

3. 前回の健康診断以降の被ばく歴の有無 有 無 *有の場合は以下を記入してください

前回の健康診断 以降の被ばく線量	実効線量		等価線量		
	mSv	皮膚	眼	女性腹部	
		mSv	mSv	mSv	mSv
放射線作業の場所					
放射線作業の内容					
放射線作業の期間					
放射線障害の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合は、次欄に記入してください)				
放射線障害の具体的症状					
被ばくに関する事項					

4. 本年度の業務状況

前年度と同様

前年度と異なる * 前年度と異なる場合は以下を記入してください

作業場所	
作業内容	
作業従事期間	

5. 身体に関する自覚症状の有無

有

無

* 有の場合は以下を記入してください

放射線障害を疑われるような身体的自覚症状	具体的に記入してください
一般症状	
皮膚症状(該当○)	皮膚の発赤 乾燥又は縦しわ 潰瘍 爪の異常 他
眼症状 (該当○)	水晶体の混濁他
その他	

下記は記入しないでください。

6. 医師の所見

血液の検査	必要でないと認める	必要と認める
皮膚の検査	必要でないと認める	必要と認める
眼の検査	必要でないと認める	必要と認める
令和 年 月 日	医師名	印

7. 各施設放射線取扱主任者確認欄

令和 年 月 日	研究基盤統括センター 放射線取扱主任者	印
----------	---------------------	---