

新規	☐ 登録時(業務従事前)	
継続	☐ 6月	☐ 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	☐ 常勤職員 ☐ 非常勤職員
部 係・講座名			☐ 大学院生 ☐ 学部学生 ☐ その他()
(ふりがな)		生年月日	(西暦) 年 月 日 ☐ 男
氏 名		/性別	年 月 日 ☐ 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	☐ 研究基盤統括センターRI施設
	☐ 医学部RI実験施設 ☐ 病院 *下記の管理区域等に○を記入
業 務 内 容	* (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)
	☐ その他の施設 ()
	☐ 非密封RI(使用核種 :
	☐ 密封RI(使用核種 :
	☐ 診療業務(X線, γ線, 中性子線, 放射性医薬品, その他()
	☐ その他 ()
☐ 放射線業務の従事なし ☐ 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			
		皮膚	眼	女性腹部	
	mSv	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	☐ 有 ☐ 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			
		皮膚	眼	女性腹部	
	mSv	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	☐ 有 ☐ 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
-------------------------	---------------------	---