

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

放射線業務従事者健康診断問診票

黒色のボールペンで自筆記入すること		調査年月日 令和 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)	氏 名	生年月日	年 月 日 男・女		
		性別			

1. 放射線業務(放射線診療業務)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"/> 研究基盤センターRI施設	<input type="checkbox"/> 医学部RI実験施設	<input type="checkbox"/> 医学部附属病院 *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)		
業 務 内 容	<input type="checkbox"/> その他の施設 ()		
	<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(診療)業務の従事なし <input type="checkbox"/> 放射線(診療)業務の従事あり 頻度 一ヶ月あたり約 時間以上			

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
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		
		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
		健診機関名
	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	研究基盤センター	放射線取扱主任者	印
令和 年 月 日	医学部RI実験施設	放射線取扱主任者	印
令和 年 月 日	医学部附属病院	放射線取扱主任者	印