

電離放射線・RI健康診断問診票（新規・継続）

太枠内を記入してください。□には該当項目にレ点を付け、()欄は記入の上、提出してください。

| | | | |
|------|--|--------------|---|
| | | 記入年月日 | 令和 年 月 日 |
| ふりがな | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 氏名 | | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生 |
| 所属 | | 職員番号 学籍番号 | |
| 職種 | <input type="checkbox"/> 教員 (<input type="checkbox"/> 教授 <input type="checkbox"/> 准教授 <input type="checkbox"/> 講師 <input type="checkbox"/> 助教 <input type="checkbox"/> 助手) <input type="checkbox"/> ポストドクター <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 研究生 <input type="checkbox"/> 教育技術職員 <input type="checkbox"/> 大学院生 <input type="checkbox"/> 大学生 <input type="checkbox"/> その他() | | |

[1] 過去6ヶ月間の放射線業務従事状況

| | | | | |
|--|---|--|------|-----|
| ① 放射線施設への立入の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <small>(ありの場合は、右欄に記入してください)</small> | [立ち入った施設名] <input type="checkbox"/> 医学部RI施設 <input type="checkbox"/> 本学RIセンター実験施設 <input type="checkbox"/> 福大病院 <input type="checkbox"/> 学外施設(施設名:) | | | |
| | ② 被ばくの有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <small>(ありの場合は、右欄に被ばくの状況を記入してください)</small> | 被ばく線量 | 実効線量 | mSv |
| 作業場所 | | 等価線量 | 水晶体 | mSv |
| | | | 皮膚 | mSv |
| 作業場所 | | <input type="checkbox"/> 非密封RI(使用核種) <input type="checkbox"/> X線発生装置 <input type="checkbox"/> 放射光 <input type="checkbox"/> γ線照射装置 <input type="checkbox"/> 加速器 <input type="checkbox"/> 中性子照射装置 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 作業期間 | | | | |
| 放射線障害・自覚症状 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | | |

[2] 現在の身体に関する自覚症状(RI施設利用による放射線障害を疑われるような症状)

| | | |
|-------|---|-----|
| 眼の症状 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | 症状: |
| 皮膚の症状 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | 症状: |
| 貧血の症状 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | 症状: |
| その他 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | 症状: |

以下は医師が記入します。

| | | | | | |
|-----|--|----------|-----|-----|-----|
| 判定欄 | <input type="checkbox"/> 全部省略 <input type="checkbox"/> 省略できない項目 { <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 白血球数及び白血球百分率の検査 <input type="checkbox"/> 赤血球の検査及び血色素量またはヘマトクリット値の検査 <input type="checkbox"/> 白内障に関する眼の検査 <input type="checkbox"/> 皮膚の検査 | | | | |
| | 判定年月日 | 令和 年 月 日 | 判定者 | 医師名 | (印) |