

- ・新規登録者は「氏名等記入欄」[3]を記入してください
- ・継続登録者は「氏名等記入欄」[1][3]を記入してください

立元素等取扱者用)

問診票記入日を記載してください

マジック又はボールペンで記入すること

調査年月日 令和 年 月 日

氏名等記入欄

配属又は所属部局講座名	本人が黒のボールペン又はマジックで記入してください	身分	職員(常勤職員・非常勤職員) 院生・学部生・その他( )		
(ふりがな)氏名	( )	生年月日	年	月	日
個人番号・学生番号・研究生番号等					新規・継続

[1] 放射線業務従事状況(継続者) 個人番号が決まっていない場合にはその旨を鉛筆書きで欄外に記入してください。新規従事者は記入不要。当部門への登録が初めての方は「新規」に、現在登録済みの方や過去に当部門に登録があり再登録される方は「継続」にそれぞれ丸をつけてください

前回健診からの従事状況	1. 使用した施設 総合科学研究科・工学研究科・総合生命科学研究科・医学部 総合部門・放射光科学研究センター・原爆放射線医科学研究センター ・その他:( ) イ. 加速器 ロ. γ線照射装置 ハ. 中性子照射装置 ニ. X線発生装置 ホ. 放射光 へ. 非密封RI(使用核種:( )) ト. その他( )
今後の予定	1. 前回と同じ 2. 前回と異なる場合は記入して下さい。( )
前回健診からの被ばくの有無	無・有(合計 ミリシーベルト) ( )

過去1年間に放射線施設の使用歴が無い場合には「3.その他」に「使用なし」と記入してください

上記の使用歴と異なる場合は「2.前回と異なる・・・」に○をしどのように異なるかを簡単に記入してください

[2] 前回の健康診断の判定 異常所見有り( )  
放射線取扱主任者確認印 印

[3] 身体に関する自覚症状(新規・継続者とも、全員記入して下さい。)

放射線障害を疑われるような身体的自覚症状の有無	有の場合は具体的にお書き下さい。
一般症状(有・無)	
皮膚症状(有・無)	
眼症状(有・無)	
その他(有・無)	

放射線障害を疑われる身体的自覚症状ですので、業務従事者登録以前からの慢性的な皮膚疾患等は含みません

[4] 医師の所見

検査項目	<input type="checkbox"/> イ. 末しょう血液中の血色素量又はヘマトクリット値, 赤血球数, 白血球数及び白血球百分率 <input type="checkbox"/> ロ. 皮膚 ( ) <input type="checkbox"/> ハ. 眼 ( )
について	<input type="checkbox"/> 検査の必要を認めない。 <input type="checkbox"/> 検査を受けた結果, 皮膚・眼については問題なし。(血液検査及び抹消項目については, 別紙に記載)
令和 年 月 日 担当医師名 印 広島大学保健管理センター *該当の□内にレ印を付すこと。	