別記様式第8号(第17条第3項関係)

特別定期健康診断問診票(放射性同位元素等取扱者用)

|  |
| --- |
| あなたの自覚症状等について，該当する番号・事項を○で囲み，(　)欄は記入の上，配属又は所属部局等の担当係に提出してください。［4］の欄は記入不要。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 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 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 配属又は所属部局講座名等 |  | 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 | 男・女 |
| 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( 継続従事者は必ず記入してください。新規従事者は記入不要 )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 前回健診からの従事状況 | 1．使用した学内施設：工学部・医系科学研究科・アイソトープ総合部・放射光科学研究所・原爆放射線医科学研究所・病院・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．放射光ヘ．非密封RI(使用核種：　　　　　　　　　)ト．その他(　　　　　　　　　　　)2．使用した学外施設施設名：(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)使用核種または使用装置：(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)3．その他：(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 今後の予定 | 1．前回に同じ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，　被ばくの状況：　　　　　　　　　) |

［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) | 　 |

［4］医師の所見

|  |  |
| --- | --- |
| 　 | 検査項目　　　□　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□　ロ．皮膚　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　)□　ハ．眼　　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　)について　□　検査の必要を認めない。　□　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)広島大学保健管理センター令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　担当医師名　　　　　宮内　俊介　　　　印＊該当の□内にレ印を付すこと。 |