

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 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)
令和 年 月 日 広島大学保健管理センター 担当医師名 石内 直樹 印 *該当の□内にレ印を付すこと。	