

特別健康診断問診票 (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、所属部局等の一に提出してください。[ 4 ]の欄は記入不要。

問診票記入日を記載してください

黒のボールペンで記入すること

調査年月日 平成 年 月 日

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	部局名等	身分	職員 ( 常勤職員 ・ 非常勤職員 ) 院生・学部生・その他 ( )
	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
個人番号等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	従事状況	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「新規」に丸を、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」に丸をつけてください ) 1. 使用した学内施設： 総合科学研究科・工学研究科・生物圏科学研究センター・医歯薬学総合研究科・病院・施設名：( ) その他：( ) イ. 加速器 ロ. 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：( )	
上記の使用暦と異なる場合は、「2.前年度とことなる～」に をし、どのように異なるかを簡単に記入してください。	本年度の予定	1. 前年度に同じ 2. 前年度と異なる場合は記入して下さい。 ( )	
	前年度の被ばくの有無	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)
平成 年 月 日	広島大学保健管理センター 担当医師名 日 山 亨 印

\* 該当の 内にレ印を付すこと。

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