

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、所属部局等の担当グループに提出してください。〔4〕の欄は記入不要。

調査年月日 平成 年 月 日

所属部局 講座名等		身 分	職員（常勤職員・契約職員・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

過去1年間の 従事状況	1. 使用した学内施設： 総合科学研究科・工学研究科・生物圏科学研究科・R I 部門・放射光科学研究センター・医歯薬学総合研究科・病院・原爆放射線医科学研究所・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：（ ）	
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： ）

放射線取扱主任者確認印 印

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）	

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)