

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、所属部局等の担当グループに提出してください。[4] の欄は記入不要。

黒のボールペンで記入すること

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

[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。)

過去1年間の 従事状況	<p>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:()</p> <p>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()</p> <p>2. 使用した学外施設 施設名:() 使用核種または使用装置:()</p> <p>3. その他: ()</p>
本年度の予定	<p>1. 前年度と同じ</p> <p>2. 前年度と異なる場合は記入して下さい。 ()</p>
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	<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)
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。