

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、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 平成 年 月 日

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
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	1. 使用した学内施設: 総合科学研究科・医歯薬保健学研究所・工学研究科・生物圏科学研究科・アイソトープ総合部門・放射光科学研究センター・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: ()				
本年度の予定	1. 前年度と同じ 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	<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。