【研究部門】

放射線業務従事者の健康診断問診票

　　　記入日　　　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所　属　 | 職 名 | 電話番号 | 登 録 |
| 　　 |  |  | 　 | 　□　新規　　☑　更新 |
|  ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　 | 　 | * 男
 |  生年月日 |
|  氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | ㊞ | * 女
 | 　西暦　　　　　年　　　　月　　　日 |
| 　従事前の健康診断ですか、それとも定期健康診断ですか？ |
| 　　　　　　□　従事前　　　　□　定期（6月期）　　　□　定期（12月期）　　　　※　定期健康診断は年２回受診すること。　　 |
| 前年度の被ばく状況 | 実効線量　　　　　　　　　　　　　　（mSv） | 等価線量（mSv） | 作　　　業　　　内　　　容 |
| 水晶体 | 皮　膚  | 女子の腹部 | 　□　X線透視、撮影　　　　　 □　RI実験（γ線核種） |
| 　□　Interventional　　　　 　　 □　RI実験（β線核種） |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　　　　radiology　　　　 　　　　 □　CT撮影実験 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　□　心臓カテーテル検査 　 □　X線照射実験 |
| 　□   M | 　□     M | □   M  | 　□      M | 　□　核医学検査、PET検査 □　PET薬剤品質検査 |
| 　□　放射線治療　　　　　　　  |
| 測定値が得られている場合には測定値を記入して下さい。　　　　　　　最小検出限界未満の場合にはMにチェックして下さい。 | 　□　PET臨床研究 |
| 　□　その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 今年度の業務予定 | 　実効線量が5mSvを越えるおそれがありますか？ | 作　　　業　　　内　　　容 |
| 　□　な　し | 　□　X線透視、撮影　　　　　 □　RI実験（γ線核種） |
| 　□　あ　り　　（その説明を記入して下さい） | 　□　Interventional　　　　 　　 □　RI実験（β線核種） |
|  | 　　　　radiology　　　　 　　　　 □　CT撮影実験 |
|  | 　□　心臓カテーテル検査 　 □　X線照射実験 |
|  | 　□　核医学検査、PET検査 □　PET薬剤品質検査 |
| 　 | 　□　放射線治療　　　　　　　  |
|  | 　□　PET臨床研究 |
|  | 　□　その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 現　在　の　健　康　状　態 | 　放射線業務に従事後、大きな病気をしましたか？ | □　はい　　　　　□　いいえ |
| 　「はい」の場合、その疾患名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　現在、何か病気にかかっていますか？ | □　はい　　　　　□　いいえ |
| 　「はい」の場合、その疾患名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  【全身・血液】　 |  【皮膚】 |  【眼】 |
|  □　異常なし |  □　異常なし |  □　異常なし |
|  □　異常あり |  □　異常あり |  □　異常あり |
| □　顔色が悪い | 　　　症状 （　　　　　　　　） | 　　　症状 （　　　　　　　） |
| □　血がなかなか止まらない | 　 | 　 |
| □  感染症にかかりやすい | 　 | 　 |
| □  息切れがひどい | 　 | 　 |
| □  疲れやすい | 　 | 　 |
| □　その他 | 　 | 　 |
| 　具体的な症状（　　　　　　　　　　　　　　　　） | 　 | 　 |
| 健康管理医の判定 |  | 　血液検査　　　（実施 ・ 省略可能） |
| 　皮膚の検診　　（実施 ・ 省略可能） |
| 　眼の検診　　　（実施 ・ 省略可能） |
|  　　　　　　　 　年　　　月　　　日 |
| 健康管理医　　　榎本　紀之　　　印　 |