【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 | |