

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、所属部局等の一に提出してください。[4] の欄は記入不要。

問診票記入日を記載してください

黒のボールペンで記入すること

調査年月日 平成 年 月 日

本人が黒のボールペン又はマジックで記入してください	部局名等	身分	職員 (常勤職員 ・ 非常勤職員) 院生・学部生・その他 ()
	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
個人番号等が決まっていな い場合にはその旨を鉛筆書きで 欄外に記入してください	従事状況	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「新規」に丸を、現在登録済みの方や過去に当部門に登録があり再登録される方は「継続」に丸をつけてください) 1. 使用した学内施設： 総合科学研究科・工学研究科・生物圏科学研究センター・医歯薬学総合研究科・病院・施設名：() その他：() イ. 加速器 ロ. 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：()	
上記の使用暦と異なる場合は、「2.前年度とことなる～」に をし、どのように異なるかを簡単に記入してください。	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：)	

[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	イ. 末しょう血液中の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 ロ. 皮膚 () ハ. 眼 ()
について	検査の必要を認めない。 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。

放射線障害を疑われる身体的自覚症状ですので、業務従事登録以前からの慢性的な皮膚疾患等は含みません