

※電離放射線健診は年2回実施します。
5月と10月(第1 or 第2水曜日)に予定しています。必ず2回受けてください。

電離放射線健康診断 問診票

この問診票は医師の診察時に使用します。 中部大学 保健管理室

| | | | | | | |
|------------------------------|------|--------------|---|---|------------|--|
| 健診日 | | 年 | 月 | 日 | フリガナ | |
| <input type="checkbox"/> 教職員 | 健診番号 | | | | name 氏名 | |
| <input type="checkbox"/> 研究員 | 健診番号 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 学生 | 学籍番号 | (生年月日 年 月 日) | | | | |

1. 新規ですか？ 継続ですか？ 新規 継続

新規の教職員の方は過去5年間の年間被ばく線量を記入してください

| | | | | |
|---|----|------|----|------|
| { | 年度 | mSv, | 年度 | mSv, |
| | 年度 | mSv, | 年度 | mSv, |
| | 年度 | mSv | | |

2. 使用している放射線は何ですか？ X線
 ラジオアイソトープ
 その他 ()

3. 具体的な業務内容を記入してください。 X線構造解析
 トレーサー実験
 その他 ()

4. 使用している線源の種類について該当するものにチェックして下さい。

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 医療用のエックス線装置 | <input type="checkbox"/> 工業用のエックス線装置で撮影用のもの |
| <input type="checkbox"/> 工業用のエックス線装置で透視用のもの | <input type="checkbox"/> 工業用のエックス線装置で分析用のもの |
| <input type="checkbox"/> 工業用のエックス線装置でその他のもの | <input type="checkbox"/> 荷電粒子を加速する装置 |
| <input type="checkbox"/> 医療用ガンマ線照射装置 | <input type="checkbox"/> 工業用のガンマ線照射装置 |
| <input type="checkbox"/> ガンマ線照射装置以外の放射性物質を装備している機器 | |
| <input type="checkbox"/> 放射性物質 | <input type="checkbox"/> 原子炉 |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |
| <input type="checkbox"/> 現在は使用していない | |

5. 被ばく歴の有無と線量を記入してください。

あり → 前回の健康診断後に受けた線量 () mSv
 * 線量測定記録のない場合は記入不要

なし

6. 自覚症状があれば をチェックし症状を記載して下さい。

- ・新規の方 → 現在の症状
- ・継続の方 → 前回の健診後、新たに現れた症状があれば記入してください。

| | |
|--|--------|
| <input type="checkbox"/> 眼症状 (眼のかすみ、まぶしさなど) | 症状 () |
| <input type="checkbox"/> 皮膚症状 (発赤、乾燥、縦じわ、潰瘍など) | 症状 () |
| <input type="checkbox"/> 爪の異常 | 症状 () |
| <input type="checkbox"/> 貧血症状 (めまい、ふらつきなど) | 症状 () |
| <input type="checkbox"/> その他 具体的に _____ → | 症状 () |

7. アレルギー症状がありますか。

あり → (鼻炎 ・ 花粉症 ・ アトピー ・ 喘息 ・ その他 :)

なし

8. 煙草は吸いますか。

はい (1日あたり平均 本)

いいえ

| | |
|-----------|--|
| 医師の診断及び意見 | 判定 (10月のみ) |
| | 血液検査 <input type="checkbox"/> 必要と認める <input type="checkbox"/> 必要でない |