**問診票（放射線業務従事者）**

記入日付　平成　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 学部等 | 講座等 | 氏　　　名 | 性別 | 生年月日 |
|  |  | ﾌﾘｶﾞﾅ | 男・女 | 昭和年　　　月　　日平成（　　　歳） |
|  |
| 身 分 | □職員　　　　　　　　　　　□学生（　　　　　年）□委託業者（設置・修理等）　□その他（　　　　　　　　　　　） | 個人番号又は学籍番号 |  |

**設問１．放射線業務を行っている（登録している）場所等を○で囲んでください。**

１．アイソトープ総合実験室　　　２．遺伝子実験施設　　　　３．医学部附属病院

４．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**設問２．線源の種類（使用している線源のコード番号をすべて○で囲んでください。）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| コード | 線　　源 | コード | 線　　源 |
| １０ | 医療用エックス線装置 | １５ | 荷電粒子を加速する装置 |
| １１ | 工業用等のエックス線装置で撮影用のもの | １８ | 医療用のガンマ線照射装置 |
| １２ | 工業用等のエックス線装置で透視用のもの | １９ | 工業用等のガンマ線照射装置 |
| １３ | 工業用等のエックス線装置で分析用のもの | ２０ | 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 |
| １４ | 工業用等のエックス線装置でその他のもの | ２１ | 放射性物質 |

**設問３．放射線業務従事者登録状況**

□継続登録

□新規登録　→　過去の放射線業務歴の有無　　□無　　□有（前勤務先　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**設問４．設問３で放射線業務歴（被ばく歴）の有の方　　被ばく線量及び業務内容等調査**

前勤務先での被ばく線量を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被ばく線量 | 2015年度以前 | 2016年度 | 2017年度 | 2018年度 | 2019年度 | 2020年度 |
| 実効線量　(mSv) |  |  |  |  |  |  |
| 等価線量(mSv) | 水晶体 |  |  |  |  |  |  |
| 皮膚 |  |  |  |  |  |  |
| 腹部(女子のみ) |  |  |  |  |  |  |
| 業務の場所 |  |  |  |  |  |  |
| 業務内容 |  |  |  |  |  |  |

**設問５．健康状況等の調査**

継続登録者及び過去に放射線業務歴（被ばく歴）有の方は記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 放射線障害と診断されたことの有無 | 　有・無　（有の場合，被ばくの状況・症状について記入してください。） |
| 自覚症状（前回の健康診断後の症状について記入してください。異常がある場合は右の空欄に具体的症状を記入してください。） | 血液 | 最近の血液検査で白血球数，赤血球数等に何らかの異常がありましたか。 | 有・無 |  |
| 眼 | 視力に著しく低下するなど眼の異常がありますか。 | 有・無 |  |
| 皮膚 | 手，顔面に発赤，かいよう，乾燥，爪等の異常がありますか。 | 有・無 |  |

※以下記入不要

２０１６．４

|  |
| --- |
| 電離放射線健康診断の検査項目について 検査項目（1.血液検査　　2.皮膚の検査　　3.眼の検査　　4.なし）産業医氏名　　　髙　　梨　　信　　吾　　　　　印　　 |