

折り曲げ厳禁

要保管

放射線を扱う業務に必要です。
この用紙及び血液結果のある方はその用紙も必ず保管してください。

放射線業務従事者特殊健康診断問診受検票 (略：問診受検票)

[20 年度]		学 生	
学 生 番 号		記 入 年 月 日	年 月 日
フリガナ		性 別	男 ・ 女
氏 名		生 年 月 日	年 月 日生
学 部 研究科	学 科 専攻	コ ー ス (B・M・D) 研究室 年	所属学部・所属大学の変更 ☐ なし ☐ あり (前所属:)
連絡先 (すぐに連絡がつく電話番号・内線)			

従事者記入欄：この欄は従事者自身が記入してください。該当区分にチェックし、必要事項を記入してください。

☐ 継続従事者 (以前から放射線業務に従事している者) ※指定日までに本用紙を所定の事務担当者に提出してください I] 本年度春期定期健康診断 ☐ 受 診 ☐ 未 受 診 II] 放射線業務内容調査 ① 作業予定内容 ☐ 非密封RIの取扱い ☐ エックス線装置の取扱い ☐ 密封RIの取扱い ☐ 核燃料物質の取扱い ☐ 加速器の取扱い ☐ 管理区域への立入 ☐ その他 (具体的に:) ② 作業予定場所 ☐ 学内 (具体的に:) ☐ 学外 (具体的に:) ③ 作業場所の変更 ☐ 無 ☐ 有 (具体的に:) ④ 作業内容の変更、従事時間数の増加、その他の理由による被曝線量の増減が見込まれますか？ ☐ 減少又は同程度の予定 ☐ 増加の予定 (予想線量、原因:) III] 自覚症状調査：放射線業務に関連して、身体に関して心配事がありましたら記入してください ☐ 無 ☐ 有 (具体的に:) 以下、該当者はチェックしてください ☐ 本年度の初回特殊健康診断開催前に行われる学部実習受講のために、前年度末の特殊健康診断を受検済 ※この用紙に前回の受検票の写しを添付し、所定の事務担当者に提出してください	☐ 新規従事者 (初めて放射線業務に従事予定の者) ※本用紙を持参して、指定の日時に特殊健康診断を受検してください I] 本年度春期定期健康診断 ☐ 受 診 ☐ 未 受 診 II] 特殊健康診断受検理由 ☐ RIまたはX線取扱資格を取得し、放射線業務に従事するため ☐ RI講習 ☐ X線講習 ☐ 学部実習 受講予定 *健康診断は1年が有効期間です。期間内に放射線業務に従事することのため受検 ☐ _____ ☐ RI資格追加取得者、名大では新規だが学外で従事歴がある者 ※本用紙を主任者に提出し主任者記入欄 (被曝歴) (☆) の記入を受けた後、本用紙を持参して、指定の日時に特殊健康診断を受検してください I] 本年度春期定期健康診断 ☐ 受 診 ☐ 未 受 診 II] 特殊健康診断受検理由 ☐ 3種 (X線) 資格者がRI資格を追加取得し1種資格に変更予定 ☐ 学外で放射線業務歴があり、名古屋大学で新たに従事予定 *学外で放射線業務歴がある者は、主任者記入欄 (被曝歴) の記入を依頼する際に学外での被曝記録を添付してください III] 今までの放射線業務について記入して下さい 作業場所 () 作業内容 () 作業期間 () 放射線障害の有無 ☐ 無 ☐ 有 (具体的に:) 自覚症状の有無 ☐ 無 ☐ 有 (具体的に:)
---	---

主任者記入欄 (被曝歴)：この欄は放射線取扱主任者が記入します。

前年度の特殊健康診断 (検査) 受検状況 (全てでない場合、検査項目に○をつける) ☐ 受検済み ☐ 受検不要 ☐ 未 受 検 (皮膚・眼・血液) (皮膚・眼・血液)	いずれかにチェック ☐ 前年度従事している ☐ 本年度より従事 ☐ 以前従事: 年 月 ~ 年 月
前年度の (前回特殊健康診断後) 被曝線量 ☆の☆は過去の累積線量 ☐ 検出限界未満 ☐ 検出限界未満 ☐ 検出限界未満 ☐ 検出限界未満 ☐ mSv ☐ mSv ☐ mSv ☐ mSv ☐ 前回の特殊健康診断後従事歴なし (前回特殊健康診断 年度)	女子腹部 ☐ 検出限界未満 ☐ 検出限界未満 ☐ mSv ☐ mSv 過去の被曝歴 ☐ ない ☐ ある (特記事項欄に作業の場所、内容、期間、線量、放射線障害の有無、自覚症状の有無その他放射線による被曝の状況を記入) 特記事項
本年度の被曝予測: 5mSvを超えるおそれが ☐ ない ☐ ある 上記のとおりであることを認めます。 20 年 月 日 放射線取扱主任者 印	

保健管理室記入欄：この欄は保健管理室が記入します。

問診項目の結果より、本年度の特殊健康診断については			
	新規従事者	継続従事者	実施場所
皮膚検査	☐ 必要である	☐ 必要でない ☐ 必要である	名大保健管理室 他 ()
眼の検査	上記と同じ	☐ 必要でない ☐ 必要である	名大保健管理室 他 ()
血液検査	上記と同じ	☐ 必要でない ☐ 必要である	名大保健管理室 他 ()
結果 及び 講じた措置 20 年 月 日 医師名 印 検査結果 (別紙) は後日報告 20 年 月 日 医師名 印 保健管理室長 山本 明子 印			

*血液検査必須項目：赤血球数、血色素量又はヘマトクリット値、白血球数、白血球百分率