

## 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)

本人用

平成【 】年度

学生

\*切り取らず3枚とも提出

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 研究室	(B・M・D) 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。

<input type="checkbox"/> <b>継続従事者</b> (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 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診 II]放射線業務内容調査 ①作業予定内容 <input type="checkbox"/> 非密封RIの取扱い <input type="checkbox"/> エックス線装置の取扱い <input type="checkbox"/> 密封RIの取扱い <input type="checkbox"/> 核燃料物質の取扱い <input type="checkbox"/> 加速器の取扱い <input type="checkbox"/> 管理区域への立入 <input type="checkbox"/> その他(具体的に: ) ②作業予定場所 <input type="checkbox"/> 学内(具体的に: ) <input type="checkbox"/> 学外(具体的に: ) ③作業場所の変更 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> 減少又は同程度の予定 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(具体的に: ) 以下、該当者はチェックしてください <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> <b>新規従事者</b> (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 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診 II]特殊健康診断受検理由 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> RI講習 <input type="checkbox"/> X線講習 <input type="checkbox"/> 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従事すること <input type="checkbox"/> のため受検 <input type="checkbox"/> <b>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</b> ※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 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診 II]特殊健康診断受検理由 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(具体的に: ) 自覚症状の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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)	いずれかにチェック
<input type="checkbox"/> 受検済み (皮膚・眼・血液) <input type="checkbox"/> 受検不要 (皮膚・眼・血液) <input type="checkbox"/> 未受検	<input type="checkbox"/> 前年度従事している <input type="checkbox"/> 本年度より従事 <input type="checkbox"/> 以前従事: 平成 年 月 ~ 平成 年 月
前年度の (前回特殊健康診断後) 被曝線量 <input type="checkbox"/> 検出限界未満 <input type="checkbox"/> 検出限界未満 <input type="checkbox"/> 検出限界未満 <input type="checkbox"/> 検出限界未満 <input type="checkbox"/> mSv <input type="checkbox"/> mSv <input type="checkbox"/> mSv <input type="checkbox"/> mSv ☆の者は過去の累積線量 <input type="checkbox"/> 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)	過去の被曝歴 (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) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 特記事項
本年度の被曝予測:5mSvを超えるおそれが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
上記のとおりであることを認めます。	
平成 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	結果 及び 講じた措置
皮膚検査	<input type="checkbox"/> 必要である <input type="checkbox"/> 必要でない	<input type="checkbox"/> 必要である <input type="checkbox"/> 必要でない	名大保健管理室 他( )	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 要医療 平成 年 月 日 医師名 印
眼の検査	<input type="checkbox"/> 必要である <input type="checkbox"/> 必要でない	<input type="checkbox"/> 必要である <input type="checkbox"/> 必要でない	名大保健管理室 他( )	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 要医療 平成 年 月 日 医師名 印
血液検査	<input type="checkbox"/> 必要である <input type="checkbox"/> 必要でない	<input type="checkbox"/> 必要である <input type="checkbox"/> 必要でない	名大保健管理室 他( )	検査結果(別紙)は後日報告 平成 年 月 日 医師名 印 平成 年 月 日 保健管理室長 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

折り曲げ厳禁

要保管

放射線業務に必要である方はその用紙も必ず保管してください