

電離放射線健康診断調査票（問診票）

見本

この書類は、法令に基づき、放射性同位元素等および放射線発生装置またはエックス線装置の被ばくについて健康診断の問診の用に供するとともに、検査の必要性の判定を依頼するた

記入年月日	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日				
身分	<input type="checkbox"/> 教職員 <input checked="" type="checkbox"/> 学部生 (○) 年生	<input type="checkbox"/> 大学院生 M・D	<input type="checkbox"/> 研究生等 ()		
1 所属	学部等	学科等	講座等		
	○○学部	○○学科	○○○○講座		
学生：学籍番号 (9桁)		○	○	○	○
フリガナ	○○○○ ○○○○	性別	生年月日		
氏名	○○ ○○	男・女	○○/○○/○○		

■今回、新しく登録申請する施設にチェックをして下さい(該当するもの全て)

2 <input checked="" type="checkbox"/> 鳥取地区放射線施設	<input checked="" type="checkbox"/> 工学部 (エックス線)	<input type="checkbox"/> 農学部 (エックス線)
---	---	--------------------------------------

■従事後に使用する予定の線源の種類について該当するものにチェックをして下さい (電離放射線障害防止規則 第58条)

3 <input type="checkbox"/> 医療用のエックス線装置	<input type="checkbox"/> 工業用等のX線装置で撮影用のもの	<input type="checkbox"/> 工業用等のX線装置で透視用のもの
<input type="checkbox"/> 工業用等のX線装置で分析用のもの	<input type="checkbox"/> 工業用等のX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"/> 医療用のガンマ線照射装置	<input type="checkbox"/> 工業用等のガンマ線照射装置	<input type="checkbox"/> 放射性物質装備機器(γ線照射装置を除く)
<input checked="" type="checkbox"/> 放射性物質	<input type="checkbox"/> 原子炉	<input checked="" type="checkbox"/> その他(閉鎖型)

■自覚症状の有無を記入してください

4 (1) 全身症状	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (症状:)
(2) 皮膚症状	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (症状:)
(3) 眼症状	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (症状:)

■従事前の被ばく歴の有無

被ばくの有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	※ありの場合は必ず以下の欄も記入のこと		
5 従事前の被ばく線量の累計	実効線量	等価線量		
	mSv	皮膚	眼	女性腹部
		mSv	mSv	mSv
放射線作業の場所				
放射線作業の内容				
放射線作業の期間	年 月 ~ 年 月			

■従事後に使用する放射線の種類 (未定の場合は、その他に未定と記入)

6 使用予定の放射線の種類	α ・ β ・ γ ・ X ・ 中性子 ・ その他 ()
---------------	-------------------------------

■確認者署名

7 学生については、取扱責任者が確認してください

教員名	印
(署名または捺印)	

.....以下は、管理室使用欄.....

- 1 教職員・学部生(学年を記入)・大学院生(MまたはDに○を付す)・研究生(具体名を記入)のうち、当てはまるものにチェックをし、所属を記入して下さい。
- 2 登録する施設について、該当するもの全てにチェックをして下さい。
- 3 使用する予定の線源のうち、該当するもの全てにチェックをして下さい。(※線源の詳細については、添付資料を参照して下さい)
- 4 自覚症状の あり にチェックをした場合は、症状を具体的に記入して下さい。
- 5 被ばく 有り に○をした場合は、各項目を埋めてください。
- 6 使用予定の放射線の種類を全て、選択してください。(放射性同位元素と放射線の種類の詳細については添付資料参照してください)
- 7 学部生・大学院生の場合は、取扱責任者の確認を受けて下さい。

線源の種類

鳥取地区放射線施設

* 登録される方、全員

放射性物質 にチェックして下さい。

* 日立メディコ製エックス線照射装置を利用する方

その他() にチェックをし、()内に「閉鎖型」と記入して下さい。

* 学外の施設を利用する。

各利用線源に該当するものをチェックしてください。

工学部(エックス線)

* 照射ボックス付きエックス線装置に該当するエックス線装置を利用する方。(不明な場合は管理者にご確認ください。)

その他() にチェックをし、()内に「閉鎖型」と記入して下さい。

* その他(学外施設利用等)

各利用線源に該当するものをチェックしてください。

農学部(エックス線)

* 動物病院に設置されているエックス線撮影・CT装置の取扱い、またはその介助を行う。

その他() にチェックをし、()内に「獣医療用のエックス線装置」と記入して下さい。

* 蛍光エックス線分析装置 Philips PW2400 を利用する

その他() にチェックをし、()内に「閉鎖型」と記入して下さい。

* その他

各利用線源に該当するものをチェックしてください。

放射線の種類

鳥取地区放射線施設で主に使用されている核種と主な放射線の種類

核種	^3H	^{14}C	^{22}Na	^{32}P	^{125}I
主な放射線の種類	β	β	γ	β	γ

電離放射線健康診断調査票（問診票）

この書類は、法令に基づき、放射性同位元素等および放射線発生装置またはエックス線装置等の取扱申請者に対して、被ばくについて健康診断の問診の用に供するとともに、検査の必要性の判定を依頼するためのものです。

記入年月日	平成	年	月	日						
身分	<input type="checkbox"/> 教職員 <input type="checkbox"/> 学部生 () 年生 <input type="checkbox"/> 大学院生 M・D <input type="checkbox"/> 研究生等 ()									
所属	学部等			学科等			講座等			
学生：学籍番号 (9桁)										
フリガナ				性別		生年月日				
氏名				男・女						

■今回、新しく登録申請する施設にチェックをして下さい(該当するもの全て)

<input type="checkbox"/> 鳥取地区放射線施設	<input type="checkbox"/> 工学部 (エックス線)	<input type="checkbox"/> 農学部 (エックス線)
------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

■従事後に使用する予定の線源の種類について該当するものにチェックをして下さい (電離放射線障害防止規則 第58条)

<input type="checkbox"/> 医療用のエックス線装置	<input type="checkbox"/> 工業用等のX線装置で撮影用のもの	<input type="checkbox"/> 工業用等のX線装置で透視用のもの
<input type="checkbox"/> 工業用等のX線装置で分析用のもの	<input type="checkbox"/> 工業用等のX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"/> 医療用のガンマ線照射装置	<input type="checkbox"/> 工業用等のガンマ線照射装置	<input type="checkbox"/> 放射性物質装備機器(γ線照射装置を除く)
<input type="checkbox"/> 放射性物質	<input type="checkbox"/> 原子炉	<input type="checkbox"/> その他 ()

■自覚症状の有無を記入してください

(1) 全身症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (症状:)
(2) 皮膚症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (症状:)
(3) 眼症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (症状:)

■従事前の被ばく歴の有無

被ばくの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	※ありの場合は必ず以下の欄も記入のこと		
従事前の被ばく線量の累計	実効線量	等価線量		
	mSv	皮膚	眼	女性腹部
		mSv	mSv	mSv
放射線作業の場所				
放射線作業の内容				
放射線作業の期間	年 月 ~ 年 月			

■従事後に使用する放射線の種類 (未定の場合は、その他に未定と記入)

使用予定の放射線の種類	α ・ β ・ γ ・ X ・ 中性子 ・ その他 ()
-------------	---

■確認者署名

学生については、取扱責任者が確認してください

教員名 (署名または捺印)	印
------------------	---

.....以下は、管理室使用欄.....

調査の評価

放射線障害の有無	無・有 (具体的症状:)
放射線業務従事の可否	可・不可 (条件:)
特記事項	無・有 (具体的症状:)
眼の検診	<input type="checkbox"/> 必要と認める ・ <input type="checkbox"/> 必要でないと認める

判定年月日

医師の氏名	印
-------	---