採血番号(

定期健康診断用(第1回目)

電離放射線健康診断 調査(問診)票

この書類は、山口大学放射性同位元素等規制規則第25条の規定に基づき、放射性同位元素及び放射線発生装置の取扱者に対して、放射線の被ばくについて健康診断の問診のために用いるとともに、検査の必要性の判定を依頼するためのものです。

★前年度 12 月 1	日~今年度 5 月 31	日の期間について
-------------	--------------	----------

	以下の調査年月日、	所属、氏名、1~6に	ついて漏れのな	いよう記入してください。	
記 入	年 月 日	(西暦)	年 月	日	
□教職員	() 学	部,大学院() 研究科, 附属症	病院, その他 ()
□学部生	学部・学環	景 学科(課程	()年 学籍番号(学部・学環生おる	よび大学院生)
□大学院生	研究和	專攻	M()D()	
□研究生等	()学部	『・研究科, その他(:)
ふりがな			生年月日		月
氏 名			年 齢		
77			性 別	」 男 ・ 女	
		(管理区域の立ち入りも含	む)の有無につ	いて該当する方にチェックをし	<u>、てください。</u>
□有→2 ~6	を記入 口無	→3~6 を記入			
2前回の健康診断	所以降の放射線作業((管理区域の立ち入りも含	む)従事記録に	ついて記入してください。	
前回の健康診	断以降の被ばく線量	ま 実効線量		等価線量	
~~~~~~~~~~	の測定結果を書いて下さ		皮膚		生腹部
	り 場合も記入してください 作業の場所	mSv	mSv	mSv   ・RI 分析施設 □機器分析実験施設 □	mSv
ルメ 対1 形状 1 	作業の場所 ※複数回答可	<ul><li>□ ( ) 学部</li><li>□ 動物医療センター □</li></ul>			11 夫釈他試
放射線(	作業の内容		□その他(		)
		□前年度12月1日~今年		に継続して使用	•
放射線(	作業の期間	□ 年 月~	年 月	※上記期間内の年月を記入	
3線源の種類につ	ついて該当するものに	チェックをして下さい	(複数回答可)	(※獣医療用のX線装置は医療)	制に図)
□医療用のX線装		□工業用等のX線装置		□工業用等のX線装置で透視用の	りもの
	装置で分析用のもの	□工業用等のX線装置		□荷電粒子を加速する装置	and left them
□医療用ガンマ線		□工業用等のガンマ線	<b>热射装置</b>	□ガンマ線照射装置以外の放射性物質を装備し	している機器
□放射性物質(核和	理: )	□原子炉		□その他( 〈電離放射線障害防」	/- / / / / / / / / / / / / / / / / / /
4過去1年間お。	はび今後1年間の実効	が線量について		(-0.1000,001,004,1,101,00	
過去1年間 (羊6月	1日~今年度5月31日まで) のほ	実効線量が5mSv を超えた	<u>-</u>	□はい ( mSv)	□いいえ
今後1年間(今年度6	月1日~来年度5月31日まで) のほ	実効線量が5mSv を超える	の可能性がある	□はい (予測 mSv)	□いいえ
ロウ学学化の大角	エムココー ケノゼチロ	`		i	
<ul><li>(1) 全身症状</li></ul>	<b>悪を記入してください</b> □な し □あ				)
(2) 皮膚症状		5 り (状態:			)
(3) 眼症状	□なし□あ				)
					/
				る場合は、検査項目に○をつけ、理由を記して、	記入して下さい。
検査・検診 1	. 血液検査 2. 皮质		(水晶体の混濁)		
※確認	者(指導教員・管理		は外部医療機関等にて 容に記入漏れが	^{実施} [《] ないか確認の上、押印願います	-
	1_	<b></b>	<b>↓</b>		
●確認者署名		指導教員名(学生の場	<b></b>		印
子生の場合に 認・押印のこ。	は、指導教員も確 -	管 理 室 長 等 氏	: 名		印
	~				
以下の欄は医師が	が記入				
調査の評価 放射線障	害の有無		<ul><li>無 (有</li></ul>	有の場合は次欄に記入)	
	具体的な症状	H,	(1		
健診または検査に	こついての医師の指示				
健康診断		□可 · □否	<b>ル</b> フ 「		知 よ フ
<u>血</u> 液 皮 膚	の   検   査     の   検   査	<ul><li>□ 必 要 と 認</li><li>□ 必 要 と 認</li></ul>	める・[		認 め る 認 め る
眼の	検診	□ 必 要 と 認	<u> </u>		認 める

医師の氏名

眼

0

検

診

## 定期健康診断用(第2回目)

## 電離放射線健康診断 調査(問診)票

この書類は、山口大学放射性同位元素等規制規則第25条の規定に基づき、放射性同位元素及び放射線発生装置の取扱者に 対して、放射線の被ばくについて健康診断の問診のために用いるとともに、検査の必要性の判定を依頼するためのものです。

★今年度6月1	日~11月	引30 日の期間に	ついて
---------	-------	-----------	-----

▼ <b>今</b> 年度 0 月 1	日~   月 30 日の 以下の調査年月日、		~6I==	いて温	in.o.t	にいよ	う記入して	くださ	L).	
記 入		(西暦)	年		月	目		1,20	• 0	
□教職員	1	学部,大学院(			<u>- ´ *</u> 斗,附属:		- の他 (			
□学部生	学部・学		4 (課程)	(	1, 111,11.47	)年	T T		学環生お	
□大学院生		究科	専攻	M (	) D (	)	7 77 11 1	, (1 Hb	12/27/20	000000
□研究生等		部・研究科, その他			, - (		I.			)
ふりがな	, ,	pr 9/70/11, C 9/10		生生	手 月 F	1		年		月
				年	<u> </u>			<u>'</u> )歳	/1	<u> </u>
氏 名				性		- 1 -		<u>"""</u> 女		
1前回の健康診断	断以降の放射線作業		りも含む			-			ェックをし	してください
<b>□有→2~</b> 6	を記入	<b>乗→3~6</b> を記入								
2前回の健康診断	断以降の放射線作業	(管理区域の立ち入	りも含む	)従事	記録に	つか	て記入して	くださ	ና የ	
	*断以降の被ばく線	量実効線量				车	第 価 線	量		
~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~	の測定結果を書いて下さ			皮膚			眼	~	女	性腹部
***************************************	<u>の場合も記入してください</u> 作 業 の 場 月		*****	N.95	mSv	_	-C+/-=/L	mSv	EAI/	mSv
//X 列 形	作 業 の 場 戸 ※複数回答F						沂施設 □機 hの施設 (奋万 怀夫	湖央川地市文 L	KI 大 映他取)
放射線	作業の内容		□診療)
+4 44 64	/r **	□今年度6月1	日~11月	30 日の	期間に継	続して信	世用			
放射線	作業の期間	9 日 年	月~	:	年	月 ※	上記期間内の	年月を記	入	
3線源の種類につ	ついて該当するもの	にチェックをして	下さい	(複数[回答可)	(※獣医療)	用のX線	装置は医療	用に図)
□医療用のX線装		□工業用等のX約					[業用等の]			
	装置で分析用のもの	□工業用等のX約					苛電粒子を力			
□医療用ガンマ線		□工業用等のガン	ンマ線照	射装置			ンマ線照射装置	以外の放射	性物質を装備	している機器、
□放射性物質(核	種:)	□原子炉					その他((雷離)が	计線暗宝防) 止規則 第 58 条
4 過去1年間お。	よび今後1年間の実	効線量について						(FEFILAX)	11/N/4-11/2-	T/95/1 /120 /
過去1年間(飾 12	月1日~今年度11月30日まで)の	実効線量が5mSvを	超えた			$\Box i$	はい(mS	Sv)	□いいえ
今後1年間(今帳1)	2月1日~来年度11月30日まで) の	実効線量が5mSvを	超える	可能性力	ぶある		はい(予測		mSv)	□いいえ
	無を記入してくださ									
	ロなしロ)
(2) 皮膚症状 (3) 眼症状		あ り(状態: あ り(状態:)
(3) #12/112-1/		め り (水原:								
6検査の希望	医師の判定にかかわらず	電離放射線業務に関連	する下記	検査を特	好に希望	する場合	は、検査項目	に○をつ)け、理由を	記入して下さい。
検査・検診 1	. 血液検査 2. 皮	達膚検診 3. ※眼	検診(フ	水晶体	の混濁)]	里由			
			※眼検診は	外部医療	機関等に	て実施				
※確認	者(指導教員・管理	聖室長等)は上記に	引診内容	に記り	(漏れが	がない	か確認の」	二、押印	原います	f.
●確認者署名	1 1	↓ ↓	ri - 100	<u> </u>			<u> </u>		<u> </u>	
	は、指導教員も確	指導教員名(学	生の場	台)						即
認・押印のこ		管 理 室 長	等 氏	名						印
以下の欄は医師だ 調査の評価	い記入									
放射線障			有	• 無	(有の場	合は次欄に	こ記入)	·	
	具体的な症状		> .\							
<u>健診または検査に</u> 健 康 診 断 ²	こついての医師の指 省 略 の 可 否	示〈下記にチェッ〉 □ 可 · □	ク〉 否							
血 液	<u>1 略の明智</u> の 検 査	□ 必 要 と	認め	5 る	•	□ 业	公要 で	な	いと	認 め る
皮 富	の給を		初 x		•				<u>し</u>	認める

認

医師の氏名

める・

め

□必要でないと