

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, 附属病院, その他 ()		
☐ 学部生	学部・学環	学科 (課程)	() 年 学籍番号 (学部・学環生および大学院生)
☐ 大学院生	研究科	専攻	M () D ()
☐ 研究生等	() 学部・研究科, その他 ()		
ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名		年齢	() 歳
		性別	男 ・ 女

1 前回の健康診断以降の放射線作業（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てください。

☐ 有→2～6を記入	☐ 無→3～6を記入
-----------------------------------	-----------------------------------

2 前回の健康診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 ※ガラスバッジ等の測定結果を書いて下さい。線量が「0」の場合も記入してください	実効線量	等価線量		
	mSv	皮膚 mSv	眼 mSv	女性腹部 mSv
放射線作業の場所 ※複数回答可	☐ () 学部 ☐ システム生物学・RI 分析施設 ☐ 機器分析実験施設 ☐ RI 実験施設 ☐ 動物医療センター ☐ 医学部附属病院 ☐ その他の施設 ()			
放射線作業の内容	☐ 教育・研究 ☐ 診療 ☐ その他 ()			
放射線作業の期間	☐ 前年度12月1日～今年度5月31日の期間に継続して使用 ☐ 年 月～ 年 月 ※上記期間内の年月を記入			

3 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（複数回答可）（※獣医療用のX線装置は医療用に☑）

☐ 医療用のX線装置	☐ 工業用等のX線装置で撮影用のもの	☐ 工業用等のX線装置で透視用のもの
☐ 工業用等のX線装置で分析用のもの	☐ 工業用等のX線装置でその他のもの	☐ 荷電粒子を加速する装置
☐ 医療用ガンマ線照射装置	☐ 工業用等のガンマ線照射装置	☐ 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
☐ 放射性物質(核種:)	☐ 原子炉	☐ その他 ()

(電離放射線障害防止規則 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

過去1年間(前年6月1日～今年度5月31日まで)の実効線量が5mSvを超えた	☐ 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)の実効線量が5mSvを超える可能性がある	☐ はい(予測 mSv)	☐ いいえ

5 自覚症状の有無を記入してください。

(1) 全身症状	☐ なし	☐ あり(状態:)
(2) 皮膚症状	☐ なし	☐ あり(状態:)
(3) 眼症状	☐ なし	☐ あり(状態:)

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. 皮膚検診 3. ※眼検診(水晶体の混濁)	理由
-------	---------------------------------	----

※眼検診は外部医療機関等にて実施

※確認者（指導教員・管理室長等）は上記問診内容に記入漏れがないか確認の上、押印願います。

●確認者署名 学生の場合は、指導教員も確認・押印のこと	指導教員名(学生の場合)	印
	管理室長等氏名	印

以下の欄は医師が記入

調査の評価	
放射線障害の有無	有 ・ 無 (有の場合は次欄に記入)
放射線障害の具体的な症状	
健診または検査についての医師の指示(下記にチェック)	
健康診断省略の可否	☐ 可 ・ ☐ 否
血液の検査	☐ 必要と認める ・ ☐ 必要でないと認める
皮膚の検査	☐ 必要と認める ・ ☐ 必要でないと認める
眼の検査	☐ 必要と認める ・ ☐ 必要でないと認める
医師の氏名	

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30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、附属病院、その他 ()
□学部生	学部・学環 () 学科 (課程) () 年 学籍番号 (学部・学環生および大学院生)
□大学院生	研究科 専攻 M () D ()
□研究生等	() 学部・研究科、その他 ()
ふりがな	生年月日 年 月 日
氏名	年齢 () 歳
	性別 男 ・ 女

1 前回の健康診断以降の放射線作業（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てください。

□有→2～6を記入	□無→3～6を記入
-----------	-----------

2 前回の健康診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 ※ガラスバッジ等の測定結果を書いて下さい。線量が「0」の場合も記入してください	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 ※複数回答可	□ () 学部 □システム生物学・RI分析施設 □機器分析実験施設 □RI実験施設 □動物医療センター □医学部附属病院 □その他の施設 ()			
放射線作業の内容	□教育・研究 □診療 □その他 ()			
放射線作業の期間	□今年度6月1日～11月30日の期間に継続して使用 □ 年 月～ 年 月 ※上記期間内の年月を記入			

3 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（複数回答可）（※獣医療用のX線装置は医療用に☑）

□医療用のX線装置	□工業用等のX線装置で撮影用のもの	□工業用等のX線装置で透視用のもの
□工業用等のX線装置で分析用のもの	□工業用等のX線装置でその他のもの	□荷電粒子を加速する装置
□医療用ガンマ線照射装置	□工業用等のガンマ線照射装置	□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
□放射性物質(核種: ())	□原子炉	□その他 ()

（電離放射線障害防止規則 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

過去1年間(前年12月1日～今年度11月30日まで)の実効線量が5mSvを超えた	□はい (mSv)	□いいえ
今後1年間(今年度12月1日～来年度11月30日まで)の実効線量が5mSvを超える可能性がある	□はい(予測 mSv)	□いいえ

5 自覚症状の有無を記入してください。

(1) 全身症状	□なし	□あり(状態:)
(2) 皮膚症状	□なし	□あり(状態:)
(3) 眼症状	□なし	□あり(状態:)

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. 皮膚検診 3. ※眼検診(水晶体の混濁)	理由
-------	---------------------------------	----

※眼検診は外部医療機関等にて実施

※確認者（指導教員・管理室長等）は上記問診内容に記入漏れがないか確認の上、押印願います。

●確認者署名
学生の場合は、指導教員も確認・押印のこと

指導教員名(学生の場合)	印
管理室長等氏名	印

以下の欄は医師が記入

調査の評価	
放射線障害の有無	有 ・ 無 (有の場合は次欄に記入)
放射線障害の具体的な症状	
健診または検査についての医師の指示(下記にチェック)	
健康診断省略の可否	□可 ・ □否
血液の検査	□必要と認める ・ □必要でないと認める
皮膚の検査	□必要と認める ・ □必要でないと認める
眼の検査	□必要と認める ・ □必要でないと認める
医師の氏名	