

学生用

様式第3号（第25条第5項関係）

電離放射線健康診断個人票

フリガナ		ID 番号		入学 年度		生年月日	性 別
氏名						年 月 日	男 ・ 女
放射線業務の経歴 (他の事業場におけるものを含む)			年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで	前回の健康診断までの 実効線量の累計 mSv	
業務名							
実効線量の累計（単位 mSv）			平成 13 年 4 月 1 日以降 平成 13 年 3 月 31 日以前	()	()	()	()
被ばく歴	被ばく歴の有無		有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	
	「有」の場合の作業場所、被ばくの状況、 放射線障害の有無・自覚症状の有無						
	放射線に関する医学的処置、 及び就業上の措置など						

前回の健康診断から今回までに受けた線量の状況			年度 回	年度 回	年度 回	年度 回
健康診断年月日			年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
現在の業務名						
実効線量 (単位 mSv)	外部被ばくによるもの(事故によるものを除く)					
	内部被ばくによるもの(事故によるものを除く)					
	事故等によるもの					
	合計					
等価線量 (単位 mSv)	眼の 水晶体	事故等以外による				
		事故等による				
	合計					
	皮膚	事故等以外による				
		事故等による				
	合計					
腹部 (女性)	事故等以外による					
	事故等による					
合計						

問診および健診項目省略可否判定			年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
問診年月日			年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
被ばく歴の有無			有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
前回健診 以降の 被ばく歴 の内容	作業場所					
	作業内容					
	作業期間					
	放射線障害の有無					
	被ばくの状況					
自覚的訴え			有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
問診票に基づく健診項目省略可否判定			可 ・ 否	可 ・ 否	可 ・ 否	可 ・ 否
備考（省略不可とした理由等）						
省略可否判定を行った医師の氏名						

検査・診察および診断			年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
眼の検査年月日			年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
眼の検査	水晶体の混濁		有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
眼の検査を実施した医師の氏名						
皮膚の検査年月日			年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
皮膚の検査	発赤		有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
	乾燥または縦皺		有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
	潰瘍		有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
	爪の異常		有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
その他の検査および診察医所見等						
診察所見についての医師の診断（医療上の措置意見）						
診察を実施した医師の氏名						
血液検査年月日			年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
血液の検査	白血球数		個/mm3			
	白血球百分率	リンパ球	%			
		単球	%			
		異型リンパ球	%			
			桿状核	%		
		好中球	分葉核	%		
		好酸球	%			
		好塩基球	%			
	赤血球数		万個/mm3			
	血色素量		g/dl			
ヘマトクリット値		%				
その他						
血液検査所見 (異常所見要約もしくは診断)						
健診項目の異常所見に関する医師の総合的診断						
異常所見に関する総合的診断を行った医師の氏名						

医師の意見（異常所見者への就業・就学上の措置）						
意見を述べた医師の氏名						
（各部局が健康診断の結果に基づいて講じた措置）						

電離放射線健康診断個人票

氏名 (フリガナ)		生年月日 年 月 日		性 別 男 ・ 女		雇入年月日 年 月 日			
放射線業務の経歴 (他の事業場におけるものを含む)		年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで	前回の健康診断までの 実効線量の累計 mSv				
業務名									
実効線量の累計 (単位 mSv)		平成 13 年 4 月 1 日以降 平成 13 年 3 月 31 日以前	()	()	()	()			
被ばく歴	被ばく歴の有無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無				
	「有」の場合の作業場所、被ばくの状況、 放射線障害の有無・自覚症状の有無								
	放射線に関する医学的処置、 及び就業上の措置など								
前回の健康診断から今回までに受けた線量の状況		年度 回	年度 回	年度 回	年度 回				
健康診断年月日		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日				
現在の業務名									
実効線量 (単位 mSv)	外部被ばくによるもの(事故によるものを除く)								
	内部被ばくによるもの(事故によるものを除く)								
	事故等によるもの								
	合計								
等価線量 (単位 mSv)	眼の 水晶体	事故等以外による							
		事故等による 合計							
	皮膚	事故等以外による							
		事故等による 合計							
	腹部 (女性)	事故等以外による							
		事故等による 合計							
問診および健診項目省略可否判定									
問診年月日		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日				
被ばく歴の有無		有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無				
前回健診 以降の 被ばく歴 の内容	作業場所								
	作業内容								
	作業期間								
	放射線障害の有無								
	被ばくの状況								
自覚的訴え		有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無				
問診票に基づく健診項目省略可否判定		可 ・ 否	可 ・ 否	可 ・ 否	可 ・ 否				
備考 (省略不可とした理由等)									
省略可否判定を行った医師の氏名									
検査・診察および診断									
眼の検査年月日		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日				
眼の検査	水晶体の混濁	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無				
眼の検査を実施した医師の氏名									
皮膚の検査年月日		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日				
皮膚の検査	発赤	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無				
	乾燥または縦皺	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無				
	潰瘍	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無				
	爪の異常	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無				
その他の検査および診察医所見等									
診察所見についての医師の診断 (医療上の措置意見)									
診察を実施した医師の氏名									
血液検査年月日		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日				
血液の検査	白血球数	個/mm ³							
	白血球百分率	リンパ球	%						
		単球	%						
		異型リンパ球	%						
		好中球	桿状核	%					
			分葉核	%					
		好酸球	%						
	好塩基球	%							
	赤血球数	万個/mm ³							
	血色素量	g/dl							
	ヘマトクリット値	%							
その他									
血液検査所見 (異常所見要約もしくは診断)									
健診項目の異常所見に関する医師の総合的診断									
異常所見に関する総合的診断を行った医師の氏名									
医師の意見 (異常所見者への就業・就学上の措置)									
意見を述べた医師の氏名									
(各部局が健康診断の結果に基づいて講じた措置)									