

表

# 放射線業務従事者 特別健康診断問診票 (前期用)

提出日：令和 年 月 日

フリガナ 氏名 (西暦 年 月 日生)	男・女	学生等	学部	学科	年
			大学院	研究科	年
		教職員	学部 (教員・技術・事務・その他)		

質問事項	回答欄	
#1 生まれつきの病気や これまでににかかった病気がありますか。	はい 〔病名など：〕	いいえ
#2 現在治療中の病気がありますか。	はい 〔病名など：〕	いいえ
#3 現在 (過去1年間) に気付いた身体症状はありますか。 (「あり」の場合は、該当事項に○をし、症状をお書き下さい)	あり：皮膚 目 疲労 めまい 動悸がする 出血しやすい その他 〔症状：〕	なし
#4 これまでに放射線業務に 従事したことがありますか。	はい (管理区域に立入りました) はい (管理区域への立入はありませんが、 放射線発生装置を利用しました)	いいえ ↓ 以降不要

(#5 項目以降もご記入ください)

#4 で「はい」と答えた方にお尋ねします。		
#5 1 前回の健康診断後に 業務の変更がありましたか。	はい (後日、業務経歴票の記入が必要)	いいえ
2 現在までの放射性物質又は放射線発生装置の利用内容についてお尋ねします。		
a. 令和5年10月以降、 放射線業務に従事しましたか。	はい (管理区域に立入りました) はい (管理区域への立入はありませんが、 放射線発生装置を利用しました)	いいえ ↓ 以降不要

(b. 項目以降もご記入ください)

b. 利用場所はどこですか。	学外 (裏面の学外利用者用問診票にも ご記入ください)	学内
c. 研究等への利用ですか。	はい 〔核種・装置：〕	いいえ
d. 診療等への利用ですか。	はい 〔装置：〕	いいえ
d.1 診療等で利用する頻度は、 年平均週2回以上ですか。	はい	いいえ

----- < 以下、記入不要 > -----

健康診断 (診察) :  要  不要 健康管理医

コメント

裏

## 放射線業務従事者特別健康診断問診票 (学外施設利用者)

提出日：令和 年 月 日

フリガナ 氏名	(西暦 年 月 日生)	男・女	学生等	学部	学科	年
			教職員	大学院	研究科	年
			学部 (教員・技術・事務)			

学外施設を利用する者に追加の問診事項です。

質問事項	回答欄	
#1 原子炉の保守点検業務ですか。	はい (施設名： )	いいえ
#2 加速器での業務ですか。 (ただし中性子線にさらされる おそれがない区域での業務は除く。)	はい (施設名： )	いいえ
#3 <sup>252</sup> Cf、 <sup>226</sup> Ra-Be、 <sup>241</sup> Am-Be を扱う業務ですか。 (ただし中性子線にさらされる おそれがない区域での業務は除く。)	はい (施設名： )	いいえ
#4 核分裂をともなうおそれのある 核燃料物質の取り扱い業務ですか。	はい (施設名： )	いいえ
#5 核融合実験装置の取り扱い業務ですか。	はい (施設名： )	いいえ
#6 X線やγ線を長時間、大量に照射を受ける 業務に従事する可能性が高いですか。	はい (施設名： )	いいえ

ありがとうございました。