

受診日 年 月 日

# 放射性同位元素等取扱者健康診断問診票

放射性同位元素等取扱者健康診断に必要な問診票です。  
当てはまる○を塗りつぶしてください。あらかじめ記入の上、  
健診時に「放射性同位元素等取扱者健康診断記録簿」とともに  
持参してください。

「●」←このように塗りつぶしてください。  
「○」←※これは悪い例です。

学生番号

フリガナ	職員	<input type="radio"/> 職員	<input type="radio"/> 研究員						
氏名	学生	<input type="radio"/> 学部生	<input type="radio"/> 院生	<input type="radio"/> 研究生					
生年月日:(西暦) 年 月 日	所属	<input type="radio"/> 理学系 <input type="radio"/> 薬学系 <input type="radio"/> 工学系 <input type="radio"/> 環境理工学系 <input type="radio"/> 教育学系 <input type="radio"/> 農学系 <input type="radio"/> 資源植物科学研究所 <input type="radio"/> 異分野基礎科学研究所 <input type="radio"/> 異分野融合先端研究コア <input type="radio"/> 自然生命科学研究支援センター <input type="radio"/> 保健管理センター <input type="radio"/> その他 ( )							
性別: <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女									
IR取扱い: <input type="radio"/> 新規 <input type="radio"/> 継続 <input type="radio"/> 使用再開									

### ●皆さんお答えください。

#### 1. 作業(予定)場所

- 岡大の施設  外部の施設

→施設名 ( )

#### 2. 放射性同位元素または放射線の種類(※使用予定を含む)

右から選び、当てはまるものの○を塗りつぶして下さい。

「21」を選んだときのみ核種も記載して下さい。

#### 3. 眼科的に気になる症状がありますか?

- ない  ある(症状: )

#### 4. 皮膚科的に気になる症状がありますか?

- ない  ある(症状: )

#### 5. 放射線に関係なく、アトピー、喘息、花粉症、鼻炎、その他アレルギーなどがありますか?

- ない  ある(疾患名: )

- 10 医療用X線装置
- 11 工業用等のX線装置で撮影用のもの
- 12 工業用等のX線装置で透視用のもの
- 13 工業用等のX線装置で分析用のもの
- 14 工業用等のX線装置でその他のもの
- 15 荷電粒子を加速する装置
- 16 製造工程中のX線管
- 17 製造工程中のケノトロン
- 18 医療用のγ線照射装置
- 19 工業用等のγ線照射装置
- 20 γ線照射装置以外の放射性物質を  
装備している機器
- 21 放射性物質  
( )
- 22 原子炉
- 23 坑内におけるラドンガス

### ●継続・使用再開者のみお答えください。

現在までに放射線の取り扱い時に不慮の事故で大量の放射線に  
被曝(年間20mSv以上)した経験がありますか?

- ない  ある

(場所: 核種または装置の種類:  
期間: 線量: )

### ●継続者のみ以下もお答えください。

#### 1. 前回の健診以降の従事状況について

- 全く使用していない  使用した

##### (1) 作業期間、作業時間

月 日 ~ 月 日 ( 時間 / 月 ) or ( 計 時間 )

月 日 ~ 月 日 ( 時間 / 月 ) or ( 計 時間 )

##### (2) 被曝状況(実効線量)

- 検出限界未満  5mSv以下(検出限界未満を除く)  6mSv以上

↳ (数値: mSv) ↳ (数値: mSv)

#### 2. 健康診断の省略規定が適用される場合でも、血液検査、皮膚検査を希望しますか?

- 希望しない  希望する

※センター記入欄!  
記入しないでください!

- |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 記録簿提出の                | 問診のみ                  | 採血・皮膚                 | 皮膚異常アリ                | 血液異常アリ                |