**2019年度　定期(継続)健康診断　調査（問診）票（第2回）**

2019年　10月　1日

所属　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　職名（学年）

男・女　　生年月日　　　　　　　年（西暦）　　　　月　　　日

 **＊2019年4月１日から2019年9月30日の期間について記入してください。**

**１　放射線業務の場所及び内容**（（該当する事項に○印，あるいは下線部に記入してください）

**放射線業務の従事**　　　１　あり　　2　なし

ありの場合以下を記入

|  |  |
| --- | --- |
| 業務場所 | １　ＲＩ総合研究施設　　２ ＲＩ理工系研究施設　　３　大学附属病院　　　　　　　　　　 ４　その他の施設[施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  |
| 業務内容 | １　非密封ＲＩ(トレーサー法)を利用した業務 ２　密封ＲＩを利用した業務３　放射線発生装置・原子炉を利用した業務 ４　研究用Ｘ線装置を利用した業務５　診療業務（Ｘ線，放射性医薬品，その他　　　　　　　　　　　　　　　　）６　その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

**２　被ばく歴の有無など**

（１）2019年4月1日以降の被ばく線量（放射線業務の従事なし等で該当なしの場合は，「－」を記載）

|  |  |
| --- | --- |
| 実効線量 | 等価線量 |
| mSv | 水晶体 | 皮膚 | 女性腹部**(妊娠中の方のみ)**該当なしの方は，「－」 |
| mSv | mSv | mSv |

（２）前年度の被ばく歴（５ｍSvを超える被ばくの有無）

　　１　なし　　　２　あり　　（いずれかに○印を付けてください）

（３）年度内に５ｍSvを超えるおそれがあるか

　　１　なし　　　２　あり　　（いずれかに○印を付けてください）

前年度5ｍＳｖを超える被ばくのある場合，以下の事項について記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 作業の場所 | 内容及び期間 | 放射線障害の有無 | 被ばくの状況 |
|  |  | １　なし２　あり |  |
|  |  | １　なし２　あり |  |

**３　自覚症状の有無**　　**１　なし　　２　あり**（いずれかに○印を付けてください）

　（**自覚症状がある場合は**、**裏面**に発症時期、頻度等を記入してください）

【RI総合研究施設へ提出】

**自覚症状がある場合は、以下に発症時期、頻度等を記入してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 自覚症状の有無 | 発症の時期、頻度、通院中等 |
| 疲れやすい |  |
| 立ちくらみ又はめまいがする |  |
| 熱が出やすくなった |  |
| 急に体重が減った |  |
| 胸焼けがする |  |
| 胃が痛む |  |
| 下痢をする |  |
| 便秘をする |  |
| 便に血が混じることがある |  |
| 血が止まりにくくなった |  |
| 皮下出血がある |  |
| 目がかすんだり、ものが見えにくくなった |  |
| 医師に白内障（又は白内障混濁）と言われた |  |
| 咳や痰がでる |  |
| 痰に血が混じることがある |  |
| 皮膚が治りにくい傷や赤い斑点が出たりする | 部位 |
| 皮膚がかゆかったり、荒れたり、カサカサ・ジクジクする | 部位 |
| 皮膚の色が変わっているところがある | 部位 |
| 手足がしびれたり痛んだりする |  |
| 爪がもろい，厚くなった，縦に割れる（凹凸を認める） |  |
| 手足の先が冷たい |  |
| 手指が震えたり感覚がなくなる |  |
| 手指が腫れる |  |
| 手足の関節が痛む |  |
| アレルギー体質である（喘息・鼻炎・花粉症・アトピー等） |  |
| 喫煙習慣がある | 　　　　本／日 |

**以下の欄は医師、管理者が記入**

調査の評価 　　年　　月　　日判定

|  |  |
| --- | --- |
| 放射線障害の有無 | （なし・あり）　ありの場合は次欄に記入 |
| 　放射線障害の具体的症状 |  |
| 医師確認 | 　　　金沢大学保健管理センター　　　　　　阿保 未来　　　　　　　　印 |

検査又は検診についての医師の指示等（以下にチェック）

|  |  |
| --- | --- |
| 血液の検査 | □必要でないと認める　　・　　□必要と認める　・　□本人の希望 |
| 皮膚の検査 | □必要でないと認める　　・　　□必要と認める |
| 眼の検診 | □必要でないと認める　　・　　□必要と認める |

【RI総合研究施設へ提出】

**2019年度　定期(継続)健康診断　調査（問診）票（第2回）**

**※　1ページ目と2ページ目を両面印刷**

**※　黒ボールペンで記入（鉛筆不可）**

**※　書き違え場合は書き直し（二重線での修正は不可）**

**記載例**

2019年　10月　1日

所属　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　職名（学年）

男・女　　生年月日　　　　　　　年（西暦）　　　　月　　　日

**自署**

 **＊2019年4月１日から2019年9月30日の期間について記入してください。**

**１　放射線業務の場所及び内容**（（該当する事項に○印，あるいは下線部に記入してください）

**放射線業務の従事**　　　１　あり　　2　なし

ありの場合以下を記入

|  |  |
| --- | --- |
| 業務場所 | １　ＲＩ総合研究施設　　２ ＲＩ理工系研究施設　　３　大学附属病院　　　　　　　　　　 ４　その他の施設[施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  |
| 業務内容 | １　非密封ＲＩ(トレーサー法)を利用した業務 ２　密封ＲＩを利用した業務３　放射線発生装置・原子炉を利用した業務 ４　研究用Ｘ線装置を利用した業務**放射線業務の従事なしの場合は「―」を記入****放射線業務の従事ありの場合は「0」を記入****（ 当該期間中に被ばく歴のある方には別途連絡 ）**５　診療業務（Ｘ線，放射性医薬品，その他　　　　　　　　　　　　　　　　）６　その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

**２　被ばく歴の有無など**

（１）2019年4月1日以降の被ばく線量（放射線業務の従事なし等で該当なしの場合は，「－」を記載）

|  |  |
| --- | --- |
| 実効線量 | 等価線量 |
| mSv | 水晶体 | 皮膚 | 女性腹部**(妊娠中の方のみ)**該当なしの方は，「－」 |
| mSv | mSv | mSv |

（２）前年度の被ばく歴（５ｍSvを超える被ばくの有無）

　　１　なし　　　２　あり　　（いずれかに○印を付けてください）

（３）年度内に５ｍSvを超えるおそれがあるか

　　１　なし　　　２　あり　　（いずれかに○印を付けてください）

前年度5ｍＳｖを超える被ばくのある場合，以下の事項について記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 作業の場所 | 内容及び期間 | 放射線障害の有無 | 被ばくの状況 |
|  |  | １　なし２　あり |  |
|  |  | １　なし２　あり |  |

**３　自覚症状の有無**　　**１　なし　　２　あり**（いずれかに○印を付けてください）

　（**自覚症状がある場合は**、**裏面**に発症時期、頻度等を記入してください）

【RI総合研究施設へ提出】

**※　昨年度と一部様式が異なりますので、必ず新様式で提出**

**2019年度定期健康診断調査（問診）票（第2回）の記載について**

* **上記　1ページと2ページを両面印刷して下さい。**
* **黒ボールペンで記入して下さい。（鉛筆不可）**
* **PCでの記入の場合，氏名は自署で記入して下さい。**

１　放射線業務の場所及び内容

* **2019年4月1日以降のことについて記入して下さい。**
* **該当事項がなければ「放射線業務の従事　なし」に○を付けて下さい。**

２　被ばく歴の有無など

（1）2019年4月1日からの被ばく線量

　　　　☆放射線業務に**従事なしの場合は、「 - 」**　と記入して下さい。

☆放射線業務に**従事ありの場合は、「 0 」**と記入して下さい。

（該当期間中に被ばく歴のある方には　別途連絡します）

☆女性腹部（妊娠中の方のみ）は該当する方のみ記入

３　自覚症状の有無

* **自覚症状（裏面に記載された自覚症状）がある場合は**、**裏面**に

発症時期、頻度等を記入してください。

昨年度と一部様式が異なりますので　**必ず新様式で提出**願います。

書き違えた場合、必ず書き直し下さい。