

2021年度 定期(継続)健康診断 調査(問診)票(第2回)

2021年 10月 1日

所属 _____ 氏名 _____ 職名(学年) _____
 男・女 生年月日 _____ 年(西暦) _____ 月 _____ 日

*2021年4月1日から2021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) 2021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)
	mSv	mSv	該当なしの方は、「-」 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	<input type="checkbox"/> 必要でないと認める	・	<input type="checkbox"/> 必要と認める	・	<input type="checkbox"/> 本人の希望
皮膚の検査	<input type="checkbox"/> 必要でないと認める	・	<input type="checkbox"/> 必要と認める		
眼の検診	<input type="checkbox"/> 必要でないと認める	・	<input type="checkbox"/> 必要と認める		

【RI 総合研究施設へ提出】

- ※ 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）
- ※ 書き違えた場合は書き直し（二重線での修正は不可）

2021 年度 定期(継続)健康診断 調査(問診)票(第2回)

2021 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

*2021 年 4 月 1 日から 2021 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
	5 診療業務 (X線, 放射性医薬品)
	6 その他 _____

放射線業務の従事なしの場合は「一」を記入
 放射線業務の従事ありの場合は「O」を記入
 (当該期間中に被ばく歴のある方には別途連絡)

2 被ばく歴の有無など

(1) 2021 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、「一」を記載)

実効線量	等価線量		
	水晶体	皮膚	女性腹部(妊娠中の方のみ)
mSv			該当なしの方は、「一」
	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

2021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

- ☆ 2021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) 2021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。