

放射線業務従事学生健康診断問診票 (RI 新規登録・更新用)

※更新時・過去登録ありの場合は、RI 施設から個人管理票を併せて提出してもらって下さい

1 学生本人記入： HBの黒鉛筆で、全項目漏れのないように、濃くはっきり記入し、該当する口を塗りつぶし。

放射線（β線・γ線・エックス線・中性子線・電子線・その他の放射線）にさらされる学生は提出してください。

この問診票は電離則による健康診断における診断項目の省略を判断する場合の参考となります。検査項目の省略可能に該当した場合も春の学生定期健康診断（後期新入学等は10月頃）に実施）は受診する必要があります。

<input type="checkbox"/> 職員の身分も持っている（職員健診の対象なら本問診は不要）				<input type="checkbox"/> 職員の身分は持っていない			
学生証番号				氏名			
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		生年月日	西暦	年	月	日（歳）
学部・研究科名				学科名			
屋間の連絡先電話番号・E-mailアドレス（問い合わせ・連絡等のため明確に）			研究室の電話： 携帯電話等： E-mailアドレス：				
問診票提出年月日		年		月	日		

※学生証番号は8桁（＝7桁数字+1桁英字）

(1) 作業内容等について

登録の有無	<input type="checkbox"/> 既に登録している。	<input type="checkbox"/> これから登録する。 → <input type="checkbox"/> 過去の登録なし	<input type="checkbox"/> 過去の登録あり（個人管理票の提出が必要です。RI 施設にお尋ね下さい）
登録場所 （複数回答可）	<input type="checkbox"/> 医学部附属病院 <input type="checkbox"/> 農学部 <input type="checkbox"/> 学術支援センター【樽味】 <input type="checkbox"/> 学術支援センター【重信】 <input type="checkbox"/> 学術支援センター応用タンパク質研究部門 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
取扱期間 ※これから登録する方は記入不要	<input type="checkbox"/> 前回の健診・登録から継続して従事 <input type="checkbox"/> 過去半年以上業務に従事していない → <input type="checkbox"/> 今後従事予定あり <input type="checkbox"/> 従事予定なし <input type="checkbox"/> 上記以外の場合：従事期間（取り扱いの中断がある場合は、2回に分けて記入。） 年 月 日 ～ 年 月 日 年 月 日 ～ 年 月 日		
取扱内容 （複数回答可）	<input type="checkbox"/> 放射線診断 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 患者看護 <input type="checkbox"/> 非密封線源を用いた生化学実験 <input type="checkbox"/> 電子顕微鏡撮影 <input type="checkbox"/> 実験用X線発生装置 <input type="checkbox"/> 非破壊検査 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
線源の種類 （複数回答可）	<input type="checkbox"/> 医療用のX線装置 <input type="checkbox"/> 医療用のγ線照射装置 <input type="checkbox"/> 工業用等のX線装置（ <input type="checkbox"/> 撮影用 <input type="checkbox"/> 透視用 <input type="checkbox"/> 分析用 <input type="checkbox"/> その他） <input type="checkbox"/> 荷電粒子を加速する装置 <input type="checkbox"/> 製造工程中のX線管 <input type="checkbox"/> 製造工程中のケノトロン <input type="checkbox"/> 工業用のγ線照射装置 <input type="checkbox"/> γ線照射装置以外の放射性物質を装備している機器 <input type="checkbox"/> 放射性物質（核種（例： ¹³³ Xe, ¹²⁵ I）： <input type="checkbox"/> 原子炉 <input type="checkbox"/> 坑内におけるラドンガス		

(2) 被曝歴等について

上の(1)で「既に登録している・過去の登録あり」にチェックした方のみ、お答えください。

事故等による被曝の可能性がある。 （例：遮へい物の破損、局所排気装置の故障、身体汚染等）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※はいと答えた方は、原因を記入（ ）
過去1年間の実効線量が5mSV（ミリシーベルト）を超えた。 ※前期健診時は前年の4/1～直近の3/31の1年間 ※後期健診時は前年の10/1～直近の9/30の1年間	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※はいと答えた方は、線量を記入_____mSV
今後1年間に実効線量が5mSVを超える可能性がある。 ※前期健診時は今年の4/1～来年の3/31の1年間 ※後期健診時は今年の10/1～来年の9/30の1年間	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※はいと答えた方は、線量を記入_____mSV

(3) 放射線障害の有無等について…(1)で既に登録・過去に登録ありの人のみ回答

この症状は、 放射線の影 響による と思われるも ののみ、お答 えください。	(1) 傷がしやすい、また、傷が治りにくい。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	(2) 皮膚がつるつるしてきた。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	(3) 発疹がしやすい。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	(4) 色素が抜けて白斑ができた。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	(5) 爪が厚いか、もろく、割れやすい。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	(6) 脱毛しやすい。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	(7) 現在皮膚になんらかの症状がある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	(8) 見える範囲が狭くなってきた。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	(9) はっきり見えなくなってきた。かすむ。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	(10) その他身体の異常がある。 ※はいと答えた方、症状は ()	
(11) 医師の省略判定の有無に関わらず放射線健診（血液・皮膚・眼のセット）を希望する。 ※はいと答えた方、理由は ()		

記入終了。漏れや誤りがないか確認後、指導教員へ期限内に提出。

2 指導教員記入： 黒のボールペンで記入。

1の学生記入内容について、**漏れや誤り等がないか確認後**、下記に記入し、放射線取扱施設担当部署へ期限内に提出してください。

確認者（指導教員）	学部・学科等	氏名
-----------	--------	----

-----ここから下は記入しないでください-----ここから下は記入しないでください-----

3 総合健康センター記入

【更新時の欄】

- 放射線障害の有無：有 無
「有」の場合、放射線障害の具体的な症状：()
- 健診または検査
 - 放射線健診省略（障防法等による）：省略不可 省略可（従事制限も特になし）
↓
 - 放射線健診の血液検査：必要と認める 必要ではないと認める
 - 放射線健診の皮膚科検査：必要と認める 必要ではないと認める
 - 放射線健診の眼科検査：必要と認める 必要ではないと認める

日付： 年 月 日 医師の所属・氏名：愛媛大学総合健康センター

【新規登録時・放射線健診省略否の時の診察所見欄】 各々の□にレでなく、一括の○で構わない

		記入欄 ※従事前の基礎データのため、所見があっても従事後の変化が無ければ問題とならない	
眼	水晶体の混濁（有無）	<input type="checkbox"/> 有り(所見：)	<input type="checkbox"/> 特になし
皮膚	発赤（有無）	<input type="checkbox"/> 有り(所見：)	<input type="checkbox"/> 特になし
	乾燥又は縦じわ（有無）	<input type="checkbox"/> 有り(所見：)	<input type="checkbox"/> 特になし
	潰瘍（有無）	<input type="checkbox"/> 有り(所見：)	<input type="checkbox"/> 特になし
	爪の異常（有無）	<input type="checkbox"/> 有り(所見：)	<input type="checkbox"/> 特になし
その他の検査		<input type="checkbox"/> 有り(内容：)	<input type="checkbox"/> なし
全身的所見 ※放射線に関連する		<input type="checkbox"/> 有り(所見：)	<input type="checkbox"/> 特になし
自覚的訴え		<input type="checkbox"/> 有り(所見：)	<input type="checkbox"/> 特になし
参考事項		<input type="checkbox"/> 有り(所見：)	<input type="checkbox"/> 特になし
診 断	診察時の判定です ※後日、白血球等も含む最終判定をします	<input type="checkbox"/> 治療・通院中 <input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 異常なし	
医師の意見		<input type="checkbox"/> 従事の制限(内容：)	<input type="checkbox"/> 特になし

日付： 年 月 日 医師の所属・氏名：愛媛大学総合健康センター