

# 電離放射線健康診断受診票

事業所名	会場名
受付番号	フリガナ
トッケン タウ	
氏名	特健 太郎 様

記入例

※ご本人様が太線枠内の該当する  に数字あるいは  をご記入ください。

健診区分  定期  1 雇入れ  2 配置替え

電離放射線の種類	業務歴	保護具	取扱時間(1日平均)
<input type="checkbox"/> 1 エックス線 <input type="checkbox"/> 2 ベータ線 <input type="checkbox"/> 3 ガンマ線 <input type="checkbox"/> 4 その他	(現在の会社) (過去の会社) <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> ヶ月 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> ヶ月	<input type="checkbox"/> 0 なし <input type="checkbox"/> 1 保護メガネ <input type="checkbox"/> 2 保護衣 <input type="checkbox"/> 3 前かけ <input type="checkbox"/> 4 手袋 <input type="checkbox"/> 5 呼吸用保護具 <input type="checkbox"/> 5 その他	<input type="checkbox"/> 時間 <input type="checkbox"/> 分

【業務名】 ●対象の業務をお答えください。  
 1 検査  2 試験・研究  3 機器・装置取扱い  4 製造  5 除染  6 その他 ( )

【線源の種類】 ●対象の線源をお答えください。  
 1 エックス線発生装置  2 粒子加速装置  3 放射性物質装備機器  4 放射性物質  5 その他 ( )

【被ばく歴の有無および判定と処置】  
 0 なし  1 あり ( )

前回の健康診断までの実効線量 (mSv)	前回の健康診断後に受けた線量
実効線量 (mSv) 等価線量 眼の水晶体 (mSv) 等価線量 皮膚 (mSv)	実効線量 (mSv) 等価線量 眼の水晶体 (mSv) 等価線量 皮膚 (mSv)

【既往歴】 ●太枠内をご記入ください。

既往歴	治療中	観察中(経過中)	治療済み	放置
1 眼疾患 2 消化器疾患 7 内分泌疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【自覚症状】 ●電離放射線業務に従事するようになってから、最近1年間で次のような症状はありましたか。

症状	①いつも	②時々	③たまに
1 疲れやすい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 立ちくらみ又はめまいがする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 熱が出易くなった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 急に体重が減ってきた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 胸焼けがする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 胃が痛む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 下痢をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 便秘をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 便に血が混じることがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 血が止まりにくくなった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 皮下出血がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 咳や痰が出る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 痰に血が混じることがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 手足がしびれたり傷んだりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 手足の先が冷えやすい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 手指がふるえたり感覚がなくなる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 手指が腫れる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 手足の関節が痛む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 眼がかすんだり、ものが見えにくかったりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 医師に白内障(又は水晶体の混濁がある)と言われたことがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 皮膚に治りにくい傷や赤い斑点が出来たりする (その部位: )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 皮膚がかゆかったり、あれたり、カサカサ・ジクジクする (その部位: )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 皮膚の色が変わっているところがある (その部位: )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※これより下は当日、診察医師が記入します。

【診察所見】 皮膚所見

0 なし  1 水晶体の混濁  2 全身所見  3 発赤  4 乾燥  5 縦じわ  6 潰瘍  7 爪の異常  8 その他 ( )

【診察医師意見】 ※所見以外で健康管理担当者(産業医等)へ伝えたいことがある場合は、記入してください。(25文字以内)

※医師名および医師コードの記入は、【特殊健診依頼表】へお願いします。