

電 離 放 射 線 健 康 診 断 個 人 票

事業所 団 体 名				所 属 名				フリ 氏 名			
生 年 月 日		昭和 年 月 日		雇 入 年 月 日		平成 年 月 日		性 別	男 ・ 女		
放射線業務の経歴 (他の事業におけるものを含む。)		期 間		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		①前回の健康診断までの 実効線量 mSv (mSv)	
		業 務 名									
				mSv (X)		mSv (X)		mSv (X)			
② 被 ば く 歴 の 有 無											
③ 判 定 と 処 置											
健 康 診 断 年 月 日											
現 在 の 業 務 名											
前回の健康診断後に受けた線量	実効線量	外部被ばくによるもの(事故等によるものを除く。)		(mSv)							
		内部被ばくによるもの(事故等によるものを除く。)		(mSv)							
		④事故等によるもの		(mSv)							
		計		(mSv)							
	等価線量	眼の水晶体		(mSv)							
		皮膚		(mSv)							
		その他の組織	() (mSv)								
			() (mSv)								
			() (mSv)								
	() (mSv)										
血液	白血球数 (個/mm ³)										
	白血球百分率	リンパ球 (%)									
		単球 (%)									
		好中球	桿状核 (%)								
			分葉核 (%)								
		好酸球 (%)									
	好塩基球 (%)										
	赤血球数 (万個/mm ³)										
	血色素量 (g/dl)										
	ヘマトクリット値 (%)										
その他											
その他の検査											
全身的所見											
自覚的訴え											
健康診断(眼科及び皮膚)検査)年月日											
眼	水晶体の混濁 (有無)										
皮膚	発赤 (有無)										
	乾燥又は縦じわ (有無)										
	潰瘍 (有無)										
	爪の異常 (有無)										
参 考 事 項											
⑤ 医 師 の 診 断											
健康診断を実施した医師の氏名(印)											
⑥ 医 師 の 意 見											
意見を述べた医師の氏名(印)											

備考

【x：検出限界値（100μSV）未満を表す】

- 1 ①の欄は、平成元年4月1日以後の実効線量当量の合計を記入すること。また、同欄の（ ）内には平成元年3月31日以前の集積線量を記入すること。
- 2 ②の欄は、被ばく歴を有する者については、作業の場所、内容及び期間、放射線障害の有無その他放射線による被ばくに関する事項を記入すること。
- 3 ③の欄は、本票記載の健康診断又は検査までの期間に採られた放射線に関する医学的処置及び就業上の措置について記入すること。
- 4 ④の欄は、（1）事故（2）緊急作業への従事（3）放射線物質の摂取（4）傷創部の汚染及び（5）別表に掲げる限度の10分の1以下にすることが困難な身体汚染によって受けた実効線量当量又は推定量（受けた実効線量当量を推定することも困難な場合には、被ばくの原因）を記入すること。
- 5 ⑤の欄は、異常なし、要精密検査、要治療等の医師の診断を記入すること。
- 6 ⑥の欄は、健康診断の結果、異常の所見があると診断された場合に、就業上の措置について医師の意見を記入すること。