

# 電離放射線健康診断問診票

この度は、当院にて健康診断をご利用いただき誠にありがとうございます。  
健診を行うにあたり、下記のご質問内容のご記入をお願い致します。

健診日：2020年 月 日

ID： \_\_\_\_\_

ふりがな お名前		生年月日	大・昭・平	年	月	日 ( 歳)
ご住所	〒					
ご連絡先	(自宅)	(携帯)				
勤務先					電話番号	
勤務先 住所	〒					

## 1. 過去に放射線業務を行ったことがありますか。

なし  あり → 下記欄にご記入ください

期間	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで
業務の内容		
被ばく歴の 有無 有の場合は その内容	被ばく歴 無・有 作業の場所 作業内容 放射線障害 無・有 その他	被ばく歴 無・有 作業の場所 作業内容 放射線障害 無・有 その他

## 2. 線量について

前年度の被曝線量			年度
実効線量	等価線量		
	眼	皮膚	
mSv	mSv	mSv	
今年度の被曝線量			年度
実効線量	等価線量		
	眼	皮膚	
mSv	mSv	mSv	

## 3. 問診

- 最近受けた健康診断で何らかの異常がありましたか  
無・有  
有の場合はその内容
- 下記疾患のうち発症したことがあるものはありますか  
血液疾患・皮膚疾患・眼疾患・消化器疾患・循環器疾患  
内分泌疾患・呼吸器疾患  
病名：  
治療期間：
- 現在治療中の病気及び服用している薬はありますか  
無・有 有の場合はその内容
- アレルギーはありますか  
無・有 有の場合はその内容
- 煙草は吸いますか  
はい・いいえ  
はいの場合1日当たりの平均本数 本
- 放射線以外の有害作業を行ったことがありますか  
無・有 有の場合はその内容

## 4. 自覚症状について該当するものを○で囲んでください

- 疲れやすいですか 1ほとんどない 2時々 3よくある
- 立ちくらみ・めまいがしますか 1ほとんどない 2時々 3よくある
- 体重が急減しましたか 1いいえ 2時々
- 下痢をしたり、血便になることがありますか 1ほとんどない 2時々 3よくある
- 出血をすると止まりにくいですか 1ほとんどない 2時々 3よくある
- 皮下出血がありますか 1ほとんどない 2時々 3よくある
- 医師に白内障（水晶体の混濁有）と  
言われたことがありますか 1いいえ 2はい
- 痰に血が混じることがありますか 1ほとんどない 2時々 3よくある
- 皮膚に治りにくい傷や赤い斑点ができたりしますか 1ほとんどない 2時々 3よくある
- 皮膚の色がかわっているところがありますか 1ほとんどない 2時々 3よくある
- 手足がしびれたり痛んだり、  
感覚の異常がありますか 1ほとんどない 2時々 3よくある
- その他、自覚症状がありますか 1いいえ 2はい

{ \_\_\_\_\_ }