

特殊健康診断健診票 電離放射線健診

提出締切日

2025 年 6 月 16 日

実施主体名 筑波大学

提出先: 登録施設の放射線管理室
附属病院は、病院総務部医療支援課
診療施設事務係又は機能検査受付 C201

区 分	☐ 職員 ☐ 学生
所 属	※学生の方は登録施設名を記入して下さい。 *コード () *名称 ()
職員(学籍)番号	()
カナ氏名	()
氏 名	() 性別()
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日生
年 齢	() 歳 (法令に基づき、本年度中に達する年齢を健診時の年齢といたします。)
連 絡 先	内線又は携帯 []

以下の質問にお答えください。

- 放射線健診の種類について、該当する項目に○印を付けて下さい。
(1. 定期 2. 雇入時 3. 配置換時 4. 登録前 5. 再登録等)
- 業務に就いてから現在までの従事年数をご記入下さい。 初回登録年をご記入下さい。従事年数は、登録年数(使用していない期間を含む)をご記入下さい。
(年 か月) — 昭和・平成・令和 年 月から従事
- 前年 5mSv 以上の被ばく歴の有無について、該当するものに○印を付けて下さい。
(有 ・ ☒ 無)

※「有」と答えた方は、以下についてご記入下さい。

(1) 作業の場所及び使用装置

(2) 内容 (電離放射線又は放射性物質の種類並びに被ばくの状況)

(3) 期間

(4) 線量 () ミリシーベルト

(5) 放射線障害の有無 (有 ・ 無)

(6) 就業上の措置の実施状況

措置内容 ()

期 間 ()

【自覚症状】(放射線従事後に眼と皮膚に自覚症状が出現した場合、受診者をご記入下さい。)

健康診断における個人情報の取り扱いについて

- この健康診断により取得させていただいた情報は、その守秘義務を遵守いたしますとともに、受診者の皆様の健康管理のためにのみ使用させていただきます。
- この健康診断を受診された場合には、上記の個人情報の取り扱いにご同意いただいたものとさせていただきます。

※この用紙は、検査省略・問診票のみ提出の場合に使用してください。健診会場への持参は不要です。