

新規者 New comer

受診項目
血液
眼
皮膚

放射線取扱者等の被ばく経歴調書  
Record of previous exposure to radioactivities



9 9 9 9 9 9 9 9 9

受 診 日 年 月 日  
Date year month day

RI番号 999799

担当医師名 朝倉聰

所 属 ○○学部

男  
受診者 氏名 見本 太郎

使用施設 ○○学部

受付前までに、太枠内を記入してください。

Please fill in inside of this frame by a medical checkup.

①

自覚症状の有無 Have you noticed any symptoms yourself?	(有Yes・無No) 有の場合は次欄に記入 If Yes, what is it?
--	--

②

アレルギー性疾患の有無 Do you have any allergies?	(有Yes・無No) 有の場合は次欄に記入 If Yes, what is it?
---	--

③

病 名 Name of disease	
---------------------	--

④

就業する業務で中性子線または大量のX線・γ線にさらされるおそれの有無 Are you engaged in any activities in which you may be exposed to radioactivities?	(有Yes・無No)
---	------------

⑤

従事前の被ばく歴 Exposure history	(有Yes・無No) 有の場合のみ下記に記入 If Yes, please fill in the blank below.
---------------------------	---

従事前に被ばく歴がある場合のみ、記入してください。  
～被ばくとは、1 MeV未満のエネルギーを有する電子線及びX線を含む放射線による被ばくをいう。  
一応の目安として、被ばく歴ありとは、5mSv/年以上の被ばくと考えられる。

If you have an experience of radiation exposure of more than 5mSv/year, please fill in the blank below.

従事前の被ばく線量累計 Report: The dose of radioactivity	実 効 線 量 等 値 線 量
Dose 5 mSv	皮膚 Skin 眼 Eye 女子腹部 Abdomen(for woman) mSv mSv mSv
放射線作業の場所 Workplace	手術室 Operative room
放射線作業の内容 Work contents	術中透視 Intraoperative fluoroscopy
放射線作業の期間 Work period	1年 1 year
被ばくに関する事項 Other things	

以下の欄は医師、管理者が記入

調査の評価

放射線障害の有無 (有・無)	有の場合は次欄に記入
放射線障害の具体的症状	
放射線業務従事の可否の判断	
医師の氏名	朝倉聰 印

検診についての医師の指示(下記にチェック)

眼の検診	<input type="checkbox"/> 必要と認める	<input type="checkbox"/> 必要でないと認める	<input type="checkbox"/> 意見なし
血液の検査	<input type="checkbox"/> 必要と認める	<input type="checkbox"/> 必要でないと認める	<input type="checkbox"/> 意見なし
皮膚の検診	<input type="checkbox"/> 必要と認める	<input type="checkbox"/> 必要でないと認める	<input type="checkbox"/> 意見なし

太枠内の設問は、健診受付までに必ず記入してください。

空欄が無いようにご注意ください。

※本調書についてのお問合せ：[hoke-kan@jimu.hokudai.jp](mailto:hoke-kan@jimu.hokudai.jp) (12/5まで)

① 「自覚症状の有無」

諸症状がある場合、有Yesを選択のうえ、  
具体的な自覚症状欄をご記入ください。

② 「アレルギー性疾患の有無」

有Yesの場合、病名欄にアレルギー性疾患をご記入ください。

③ 「就業する業務（研究）で中性子線または  
大量のX線・γ線にさらされるおそれの有無」

有Yes か 無No を選択してください。

④ 「従事前の被ばく歴（5mSv/年以下の場合無Noを選択）」

1年間で5mSv以上被ばくした場合のみ、有Yesを選択。  
有Yesの場合は⑤も記入必須。

⑤ 「従事前の被ばく線量累計（質問④が無Noの方は記入不要）」

質問④にて、有Yesを選択した場合のみ、枠内について  
わかる範囲でご記入ください。

Medical record  
診療録兼問診調書

受診項目 Blood Eye Skin	2025年月日 9 9 9 Z 9 9 ○○学部																																		
放射線取扱者等の健康診断問診調書 Please fill out this form before coming to the reception. 受診者記入欄 受付前までに太枠内を記入してください。																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">既往歴・主要症状・経過等</th> </tr> <tr> <th>Accident and sickness 傷病名</th> <th>Initial visit 初診年月日 Date</th> <th>Start 開始年月日 Date</th> <th>Finish 終了年月日 Date</th> <th>Outcome 治療の経過 healed discontinued</th> <th>Remarks 備考 治療・中止</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(1)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(2)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Please check all appropriate answers. 以下に該当するものに○印をつけてください.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Type of radioactivities 1. 取扱放射線の種類</th> <th>3. If you answered "Yes" to question 2, please circle the answer. 2で「はい」とした人のみ○印をつけてください。</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a-ray 1. アルファ線 Deuteron ray 4. 重陽子線 X-ray 7. エックス線 Unknown 10. 不明</td> <td>I have trouble seeing distant objects. 遠くが見づらい I have trouble seeing nearby objects. 近くが見づらい I have trouble seeing both. Go to "4" 遠くも近くも見づらい →4へ</td> </tr> <tr> <td>Neutron ray 2. 中性子線 Heavy charged particle ray 5. 重荷電粒子線 β-ray 8. ベータ線 Electron beam 9. 電子線</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>4. If you answered "trouble seeing both" to question 3, please circle the answer. 3で「遠くも近くも見づらい」とした人のみ○印をつけてください.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>5. If you answered "Yes" to question 2, please circle the answer. 2で「はい」とした人のみ○印をつけてください.</th> <th>6. Age 年齢 48</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>With my glasses I can read a newspaper. メガネをかけると新聞の字は読める Without my glasses I can read a newspaper. メガネをはずすと新聞の字は読めない even with my glasses or without glasses, I can't read a newspaper. メガネをかけてもはずしても新聞の字は読めない</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Eye test 視力検査 Please have your eye test and then fill the result at the venue. 当日、会場にて、受診者が視力計で測定のうえ記入してください。 Eye test naked vision 裸眼視 with glasses or contact lenses 矯正視力 right eye 右 ( ) left eye 左 ( )</p> <p>※ Please have an ophthalmologic examination after finishing a skin test. ※皮膚検査 視力検査及び眼の検診を受けてください。 医師記入欄 皮 医師記入欄 眼の検診</p> <p>RI健診当日の視力測定後 自分で記入します。</p> <p>1. 異 2. 異 その他</p>		既往歴・主要症状・経過等						Accident and sickness 傷病名	Initial visit 初診年月日 Date	Start 開始年月日 Date	Finish 終了年月日 Date	Outcome 治療の経過 healed discontinued	Remarks 備考 治療・中止	(1)						(2)						Type of radioactivities 1. 取扱放射線の種類	3. If you answered "Yes" to question 2, please circle the answer. 2で「はい」とした人のみ○印をつけてください。	a-ray 1. アルファ線 Deuteron ray 4. 重陽子線 X-ray 7. エックス線 Unknown 10. 不明	I have trouble seeing distant objects. 遠くが見づらい I have trouble seeing nearby objects. 近くが見づらい I have trouble seeing both. Go to "4" 遠くも近くも見づらい →4へ	Neutron ray 2. 中性子線 Heavy charged particle ray 5. 重荷電粒子線 β-ray 8. ベータ線 Electron beam 9. 電子線		5. If you answered "Yes" to question 2, please circle the answer. 2で「はい」とした人のみ○印をつけてください.	6. Age 年齢 48	With my glasses I can read a newspaper. メガネをかけると新聞の字は読める Without my glasses I can read a newspaper. メガネをはずすと新聞の字は読めない even with my glasses or without glasses, I can't read a newspaper. メガネをかけてもはずしても新聞の字は読めない	
既往歴・主要症状・経過等																																			
Accident and sickness 傷病名	Initial visit 初診年月日 Date	Start 開始年月日 Date	Finish 終了年月日 Date	Outcome 治療の経過 healed discontinued	Remarks 備考 治療・中止																														
(1)																																			
(2)																																			
Type of radioactivities 1. 取扱放射線の種類	3. If you answered "Yes" to question 2, please circle the answer. 2で「はい」とした人のみ○印をつけてください。																																		
a-ray 1. アルファ線 Deuteron ray 4. 重陽子線 X-ray 7. エックス線 Unknown 10. 不明	I have trouble seeing distant objects. 遠くが見づらい I have trouble seeing nearby objects. 近くが見づらい I have trouble seeing both. Go to "4" 遠くも近くも見づらい →4へ																																		
Neutron ray 2. 中性子線 Heavy charged particle ray 5. 重荷電粒子線 β-ray 8. ベータ線 Electron beam 9. 電子線																																			
5. If you answered "Yes" to question 2, please circle the answer. 2で「はい」とした人のみ○印をつけてください.	6. Age 年齢 48																																		
With my glasses I can read a newspaper. メガネをかけると新聞の字は読める Without my glasses I can read a newspaper. メガネをはずすと新聞の字は読めない even with my glasses or without glasses, I can't read a newspaper. メガネをかけてもはずしても新聞の字は読めない																																			

**太枠内の設問は、健診受付までに必ず記入してください。**

**空欄が無いようにご注意ください。**

※本調書についてのお問合せ：[\(hoke-kan@jimu.hokudai.jp\)](mailto:hoke-kan@jimu.hokudai.jp) (12/5まで)

**① 「既往歴・主要症状・経過等」**

特に無い場合は空欄でご提出ください。

**② 「1. 取扱放射線の種類」**

研究や従事する業務で取り扱う放射線の種類をすべて選択してください。未定、不明の場合は「10.不明」を選択してください。

**③ 「2. 最近、以前と比べて視力の低下を自覚していますか。」**

はいの場合は、次の質問も回答必須。

**④ 「3. 2で「はい」と回答した人のみ○印をつけてください。」**

「遠くも近くも見づらい」を選択した場合は、次の質問も回答必須。

**⑤ 「4. 3で「遠くも近くも見づらい」とした人のみ○印をつけてください。」**

**⑥ 「年齢」**

忘れずにご記入ください！

新規者 New comer

受診項目
血液
眼
皮膚

放射線取扱者等の被ばく経歴調書  
Record of previous exposure to radioactivities



受 診 日 年 year 月 month 日 day

RI番号 999Z99

担当医師名 朝倉聰

所 属 ○○学部

男

使用施設 ○○学部

受診者 氏名 見本 太郎

受付前までに、太枠内を記入してください。

Please fill in inside of this frame by a medical checkup.

①

自覚症状の有無 Have you noticed any symptoms yourself?	(有) Yes (無) No	有の場合は次欄に記入 If Yes, what is it?
---	----------------	--------------------------------

②

アレルギー性疾患の有無 Do you have any allergies?	(有) Yes (無) No	有の場合は次欄に記入 If Yes, what is it?
--	----------------	--------------------------------

③

病名 Name of disease	Are you engaged in any activities in which you may be exposed to radioactivities?
--------------------	---

④

就業する業務で中性子線または大量のX線・γ線にさらされるおそれの有無	(有) Yes (無) No	有の場合のみ下記に記入 If Yes, please fill in the blank below.
------------------------------------	----------------	---

従事前の被ばく歴 Exposure history	(有) Yes (無) No	有の場合のみ下記に記入 If Yes, please fill in the blank below.
---------------------------	----------------	---

従事前に被ばく歴がある場合のみ、記入してください。

～被ばくとは、1 MeV未満のエネルギーを有する電子線及びX線を含む放射線による被ばくをいう。

一応の目安として、被ばく歴ありとは、5mSv/年以上の被ばくと考えられる。

If you have an experience of radiation exposure of more than 5mSv/year, please fill in the blank below.

⑤

従事前の被ばく線量累計 Report: The dose of radioactivity	実効線量 等価線量			
Dose	5 mSv	皮膚 Skin	眼 Eye	女子腹部 Abdomen (for woman)
		mSv	mSv	mSv

放射線作業の場所 Workplace 手術室

放射線作業の内容 Work contents 術中透視

放射線作業の期間 Work period 1年

被ばくに関する事項 Other things

以下の欄は医師、管理者が記入

調査の評価

放射線障害の有無 (有・無)	有の場合は次欄に記入
放射線障害の具体的症状	
放射線業務従事の可否の判断	
医師の氏名	朝倉聰 印

検診についての医師の指示(下記にチェック)

眼の検診	<input type="checkbox"/> 必要と認める	<input type="checkbox"/> 必要でないと認める	<input type="checkbox"/> 意見なし
血液の検査	<input type="checkbox"/> 必要と認める	<input type="checkbox"/> 必要でないと認める	<input type="checkbox"/> 意見なし
皮膚の検診	<input type="checkbox"/> 必要と認める	<input type="checkbox"/> 必要でないと認める	<input type="checkbox"/> 意見なし

**Before checking in for the RI Medical Checkup, COMPLETE ALL ENTRIES within the bold line on the Record of previous exposure to radioactivities. Please ensure there are no blank spaces or unclear answers.**

\*For questions regarding this form (Until Dec 5<sup>th</sup> 2025) :

hoke-kan@jimu.hokudai.ac.jp

① 「Have you noticed any symptoms yourself?」

(self-reported symptoms) If "Yes," please fill in specific details.

② 「Do you have any allergies?」

If "Yes," please fill in specific details.

③ 「Are you engaged in any activities in which you may be exposed to radio activities?」

Please select "Yes" or "No".

④ 「Exposure history」

If you have an experience of radiation exposure of **more than 5mSv/year**, select "Yes" and fill in the blank below.  
**All others should select "No."**

⑤ 「Report: The dose of radio activity」

**Fill this out only if you selected "Yes" for Question 4.**

If you are not sure whether the radiation exposure dose was 5 mSv/y or more, select "Yes" and fill in this column.

Medical record  
診療録兼問診調書

受診項目 Blood	Eye	Skin	
R I 登録番号 9 9 9 Z 9 9	所 属 部 局 名 ○○学部	氏 名 見本 太郎	性別 男
2025年 月 日			

**放射線取扱者等の健康診断問診調書**

Please fill out this form before coming to the reception.  
受診者記入欄 受付前までに太枠内を記入してください。

**① 「Medical history」**  
If there is nothing, you may leave it blank.

**② 「1. Type of radio-activities」**  
Select the type(s) of radiation you plan to handle (multiple selections allowed).  
If undecided or unknown, select "10".

**③ 「2. Do you think your vision's getting weaker lately?」**  
If "Yes," answer the next questions.

**④ 「3. If you answered "Yes" to question 2, please circle the answer.」**  
If "I have trouble seeing both," answer the next question.

**⑤ 「4. If you answered "trouble seeing both" to question 3, please circle the answer.」**

**⑥ 「Age」**  
Be sure to write this down. Don't overlook!

**After your vision is tested at the checkup, fill it in yourself.**

※皮膚検査 視力検査及び眼の検診を受けてください。  
医師記入欄 皮膚 検査結果

1. 異常  
2. 異常  
その他

Eye test  
light eye  
右  
left eye  
左

naked vision  
裸眼視

with glasses or contact lenses  
矯正視力

( ) ( )

Age  
年齢  
48

**Before checking in for the RI Medical Checkup, COMPLETE ALL ENTRIES within the bold line on the Medical Record. Please ensure there are no blank spaces or unclear answers.**

\*For questions regarding this form (Until Dec 5<sup>th</sup> 2025) : hoke-kan@jimu.hokudai.ac.jp