

新規者 New comer

受診項目
血液 眼 皮膚
Blood Eyes Skin

## 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

受診日 年 月 日  
Date year month day

担当医師名 朝倉 聡

RI番号 999Z99

所属 ○○学部

受診者氏名 見本 太郎

男

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	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?
	具体的な自覚症状 What symptoms do you have?
②	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?
	病名 Name of disease
③	③ 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 exposure to radioactivities? (有Yes 無No)
④	④ 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.
従事前の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	⑤ 従事前の被ばく線量累計 Report:The dose of radioactivity
	実効線量等 5 mSv 皮膚 Skin 眼 Eye 女子腹部 Abdomen(for woman)
	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 聡 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/年以下の場合は無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。

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

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

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

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！

受診項目		Medical record		診療録兼問診調書	
血液	眼	皮膚			
Blood	Eye	Skin			
RI登録番号	所 属	部 局	名 氏	名	性別
9 9 9 Z 9 9	〇〇学部		見本 太郎		男
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。					
既往歴・主要症状・経過等					
傷 病 名	Initial visit 初診年月日	Start 開始年月日	Finish 終了年月日	Outcome 治療の経過	Remarks 備考
(1)	Date	Date	Date	healed discontinued 治療・中止	
(2)				治療・中止	
Please check all appropriate answers.					
以下に該当するものに○印をつけてください。 3. 2で「はい」とした人のみ○印をつけてください。					
Type of radioactivities					
1. 取扱放射線の種類					
1. アルファ線 2. 中性子線 3. 陽子線					
4. Deuteron ray 5. Heavy charged particle ray 6. γ-ray					
7. X-ray 8. β-ray 9. Electron beam					
10. Unknown					
2. 最近、以前と比べて視力の低下を自覚していますか。					
Yes Go to "3" No					
・はい (→3へ) ・いいえ					
If you answered "trouble seeing both" to question 3, please circle the answer.					
3. 2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。					
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る					
Even with my glasses or without glasses, I can't read a newspaper.					
メガネをかけてもははずしても新聞の字は読めない					
視力検査 当日、会場にて、受診者が視力計で測定の上記入してください。					
Eye test					
naked vision 裸眼視力					
with glasses or contact lenses 矯正視力					
right eye 右 ( )					
left eye 左 ( )					
Age 年齢					
48					

※ Please have an eye test and ophthalmologic examination after finishing a skin test.

※皮膚検査後、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 : 医師記入欄 眼の検診

RI健診当日の視力測定後  
自身で記入します。

1. 異
2. 異

その他

その他

新規者 New comer

受診項目  
血液 眼 皮膚  
Blood Eyes Skin

# 放射線取扱者等の被ばく経歴調査書

Record of previous exposure to radioactivities



9 9 9 9 9 9 9 9

受診日 年 月 日  
Date year month day

担当医師名 朝倉 聡

RI番号 999Z99

所属 ○○学部

受診者氏名 見本 太郎

男

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

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?  
具体的な自覚症状 What symptoms do you have?

②

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?  
病名 Name of disease

③

③ 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 exposure to radioactivities? (有Yes 無No)

④

④ 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	実効線量等	部位	線量
Report: The dose of radioactivity	Dose	皮膚 Skin 眼 Eye 女子腹部 Abdomen (for woman)	量
	5 mSv	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 聡	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@jimuhokudai.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 exposure 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  
診療録兼問診調査書

2025 年 月 日

受診項目  
血液 眼 皮膚  
Blood Eye Skin

RI登録番号 999Z99 所属 〇〇学部 氏名 見本 太郎 性別 男

**放射線取扱者等の健康診断問診調査書**

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**

傷病名	Initial visit 初診年月日	Start 開始年月日	Finish 終了年月日	Outcome 治療の経過	Remarks 備考
(1)	Date	Date	Date	healed discontinued 治療・中止	
(2)				治療・中止	

Please check all appropriate answers.  
以下に該当するものに○印をつけてください。3. 2で「はい」とした人のみ○印をつけてください。

**2. Type of radioactivities**

1. 取扱放射線の種類

1. アルファ線	2. 中性子線	3. 陽子線
4. Deuteron ray	5. Heavy charged particle ray	6. γ-ray
7. X-ray	8. β-ray	9. Electron beam
10. 不明		

**3. Do you think your vision's getting weaker lately?**

2. 最近、以前と比べて視力の低下を自覚していますか。

Yes Go to "3" (→3へ) No いいえ

**4. If you answered "Yes" to question 2, please circle the answer.**

3. 2で「はい」とした人のみ○印をつけてください。

4. 遠くが見づらい  
5. 近くが見づらい  
6. 遠くも近くも見づらい (→4へ)

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

3. 2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。

4. With my glasses I can read a newspaper.  
メガネをかけると新聞の字は読める  
5. Without my glasses I can read a newspaper.  
メガネをはずすと新聞の字は読める  
6. Even with my glasses or without glasses, I can't read a newspaper.  
メガネをかけてもははずしても新聞の字は読めない

**6. Age**

視力検査 当日、会場にて、受診者が視力計で測定の上記入してください。

Eye test	naked vision 裸眼視力	with glasses or contact lenses 矯正視力
right eye 右	( )	( )
left eye 左	( )	( )

※ Please have an eye test and ophthalmologic examination after finishing a skin test.  
※ 皮膚検査後、視力検査及び眼の検診を受けてください。

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@jimmu.hokudai.ac.jp

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.