

様式第2号(第21条関係)

除染等電離放射線健康診断個人票

氏 名		性 別		男・女	生 年 月 日	年 月 日	雇 入 年 月 日	年 月 日
除染等業務の経歴(放射線業務及び特定線量下業務を含む。)		期	間	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで	①前回の健康診断までの実効線量 (mSv)	
		業	務 名					
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								
後 前 に 回 受 の 健 け 康 診 た 断 線 断 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)						
血 液	白 血 球 数 (個/mm ³)							
	白 血 球 百 分 率	リ ン パ 球 (%)						
		単 球 (%)						
		異 型 リ ン パ 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				
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)				
そ の 他 の 検 査					
全 身 的 所 見					
自 覚 的 訴 え					
参 考 事 項					
⑤ 医 師 の 診 断					
健 康 診 断 を 実 施 し た 医 師 の 氏 名					
⑥ 医 師 の 意 見					
意 見 を 述 べ た 医 師 の 氏 名					

備考

- ①の欄は、平成24年1月1日以降の実効線量の合計を記入すること。また、同欄の()内には平成23年12月31日以前の集積線量を記入すること。
- 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の欄は、(1)事故、(2)緊急作業への従事、(3)放射性物質の摂取、(4)傷創部の汚染及び(5)身体の汚染によって受けた実効線量又は推定量(受けた実効線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。