

受診票のご記入方法

鉛筆またはシャープペンシルで濃く記入してください。

電離放射線健康診断

『個人情報の取り扱い』について

◆当事業団における個人情報の取り扱い及び利用目的をご理解のうえ、同意するに○印を記入してください。

◆印字されていない方は、団体(事業所)・所属・氏名・性別・年齢・生年月日を、必ず記入してください。
また、印字されているもので変更があれば、修正してください。

△氏名には、必ずフリガナを記入してください。

受診者様へ

青枠を必ずご記入ください。

★自覚症状については下記をご参考ください。

疲れやすい、立ちくらみ・めまいがする、
急激な体重減少、胸やけ、胃痛、熱が出やすい、
下痢・便秘、血便、血が止まりにくい、
皮下出血がある、眼がかすむ、物が見えにくい、
せき、たん、血痰、白内障と言われたことがある、
傷が治りにくかったり赤い斑点ができる、
皮膚のかゆみ・あれ・乾燥・変色などがある、
手足のしびれ・痛みがある、
手足の先が冷えやすい、
手指のふるえ・知覚異常、
手指のはれ、手足の関節痛 など

担当者様へ

赤枠をご記入ください。

電離放射線健康診断受診票

受診日 _____ 愛称 _____

＜個人情報の取り扱いについて＞

健康診断で取得した個人情報は、各種検体検査の分析及び結果等の報告に利用します。
また、精密検査や再検査が必要となった場合に受診勧奨及び医療機関への追跡調査等にも利用します。
個人情報の取扱いの詳細については、当事業団のホームページ等をご参照ください。
当事業団における個人情報の取扱い及び利用に同意しますか？

同意する

※漢字氏名・カタカナ名・性別・生年月日が空欄の方はご記入ください。

団体名	_____	_____	_____	_____
所 属	_____	_____	_____	_____
フリガナ 氏 名	_____	_____	_____	_____
生年 月日	3.昭和 4.平成 5.令和	年	月	日生
	年齢			

団体 コード	_____	_____	_____	_____	—	_____	_____
所属 コード	_____	_____	_____	_____	記入しないでください	_____	_____
個人 コード	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
受診 No.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

(左詰記入)

★[受診者様記入欄] 太枠内の該当する項目に記入ください

★自覚症状の有無	
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()
★被ばく歴の調査	
被ばく歴の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

◆[担当者様記入欄] 線量測定結果をご記入ください

◆前回の健康診断までに受けた実効線量	
平成13年3月31日以前 (集積線量)	_____ imSv
平成13年4月1日以後 (実効線量)	_____ imSv
◆前回の健康診断後に受けた線量	
外部被ばくによるもの (事故等によるものを除く)	_____ imSv
内部被ばくによるもの (事故等によるものを除く)	_____ imSv
事故等によるもの (※1)	_____ imSv
眼の水晶体等の線量	_____ imSv
事故等によるもの (※2)	_____ imSv
皮膚	_____ imSv
事故等によるもの (※2)	_____ imSv

(※1) ①事故 ②緊急作業への従事 ③放射性物質の攝取 ④撮影部の汚染
5別表に掲げる限度の10分の1以下にすることが困難な身体の汚染によって受けた実効線量又は推定線量を記入してください

(※2) ①事故 ②緊急作業への従事 ⑤別表に掲げる限度の10分の1以下にすることが困難な身体の汚染によって受けた等価線量又は推定線量を記入してください

～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～

診察医記入欄	<input type="checkbox"/> 所見なし	眼 <input type="checkbox"/> 水晶体の混濁
皮膚	<input type="checkbox"/> 発赤	全身 <input type="checkbox"/> 全身の所見
	<input type="checkbox"/> 潰瘍	医師名 _____
	<input type="checkbox"/> 爪の異常	

採血No.	_____	_____	_____	_____
採血No.	_____	_____	_____	_____

□
□

(公財)長崎県健康事業団

〒859-0401 長崎県諫早市多良見町化屋 986-3
TEL 0957-43-7131(代表) FAX 0957-43-7139
<http://www.npmhc.jp>