

電離放射線健康診断

フリガナ

氏名： _____ 性別： 男 ・ 女
生年月日： T S H 年 月 日 年 齢： _____ 歳

住所： _____
電話番号： () 緊急連絡先： ()

問 診

1. 被ばく歴の有無・業務歴 ()
2. 現在の業務内容 ()
3. 前回の健康診断後に受けた線量 (実効線量 mSv 、等価線量 mSv)
4. 自覚症状 *該当する項目の()に○をつけて下さい
() 特になし () 咳や痰が出る
() 疲れやすい () 痰に血が混じることがある
() 立ちくらみ又はめまいがする () 皮下出血がある
() 熱が出やすくなった () 皮ふに治りにくい傷や赤い斑点ができる (部位：)
() 急に体重が減ってきた () 皮ふに治りにくい傷や赤い斑点ができる (部位：)
() 胸焼けがする () 皮ふがかゆかったり、荒れたり、カサカサ、ジクジクする
() 胃が痛む (部位：)
() 下痢をする () 皮ふの色が変わっているところがある (部位：)
() 便秘をする () 手足がしびれたり痛んだりする
() 便に血が混じることがある () 手足の先が冷えやすい
() 血が止まりにくくなった () 手指がふるえたり感覚がなくなったりする
() 眼がかすんだり、物が見えにくかったりする () 手指が腫れる
() 医師に白内障又は水晶体の混濁があると言われたことがある () 手足の関節が痛む
() その他 ()

問診はここまでとなります。ご記入ありがとうございます。受付に提出し検査までお待ちください。

診 察

眼	水晶体の混濁	なし ・ あり
皮膚	発赤	なし ・ あり
	乾燥または縦シワ	なし ・ あり
	潰瘍	なし ・ あり
	爪の異常	なし ・ あり