

平成 26 年 3 月 27 日

関 係 部 局 長 殿

ラジオアイソトープ総合センター長
岩 井 成 憲

放射線業務従事者の学外での健康診断受診について（通知）

平素よりお世話になっております。

標記の件について、放射線業務従事者は放射線障害防止法 法律第 23 条第 1 項、施行規則第 22 条第 1 項および施行規則第 22 条第 1 項により以下の健康診断を行わなければなりません。

- ①被ばく歴の有無（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、線量、放射線障害の有無、自覚症状の有無、被ばくの状態、その他放射線による被ばくに関する事項）の調査及びその評価
- ②白血球数及び白血球百分率の検査
- ③赤血球数の検査及び血色素量またはヘマトクリット値の検査
- ④白内障に関する眼の検査
- ⑤皮膚の検査

保健センターで実施される職員定期健康診断（調査票に RI 従事である旨を明記）もしくは特殊業務健康診断を受検された場合は上記の項目を満たしておりますが、学外での健康診断受診の場合は放射線業務従事者の受検を申告された上、上記項目を満たす事を確認する必要があります。

保健センターの通知に記載されている「2. 特殊業務健康診断の取扱い」について、下記のご対応をお願いいたします。

文部科学省共済指定の病院の「人間ドッグ」に関しては、②および③の血液検査の項目のみ実施されます。

従って、電離放射線にかかる健康診断として用いる場合は、健診結果のコピーと添付の”放射線業務従事者の健康診断問診票”(RI センター、HP からダウンロード)を持って保健センターで、予約の上①、④、⑤の検査を受けて下さい。

（指定病院で放射線業務従事者の健康診断問診票問診票にある検査可能であれば、指定病院で記入頂いても構いません。）

*RI センターに放射線総合管理システムに登録を依頼される場合は部局事務を通して、健康診断の結果（両方）のコピーの提出をお願いします。

放射線業務従事者の健康診断問診票
(文部科学省共済指定病院の人間ドック受診者用)

ふりがな 氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
所属				身分	
自覚症状の有無	有・無 (有の場合は次欄に記入)				
具体的な自覚症状					
被ばく歴の有無	有・無 (被ばく歴有の場合は以下もしくは別紙に記入)				
被ばく歴がある場合に記入してください					
被ばく線量の累計	実効線量		等価線量		
		皮膚	眼	女性腹部	
	mSv	mSv	mSv	mSv	
放射線作業の場所、内容及び期間					
被ばくに関する事項					
血液	検査年月日		年 月 日		
	白血球数(x1000個/mm ³)		添付検査値参照 (人間ドック検査結果の写しを添付して下さい)		
	白血球百分率	リンパ球 (%)			
		単球 (%)			
		異型リンパ球 (%)			
		好中球(又は桿状核・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				

以下の欄は医師が記入

記入年月日		年 月 日
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
	その他異常	有・無
放射線障害の有無		有・無 (有の場合は具体的症状を次欄に記入)
放射線障害の具体的症状		
放射線業務従事の可否の判断		可・不可・条件:
医師の氏名(自署又は氏名・捺印)		
医師の意見又は結果に基づいて講じた措置		有・無(有の場合は具体的内容を次欄に記入)
意見又は結果に基づいて講じた措置の内容		
意見を述べた医師の自署又は氏名・捺印		