

電離放射線健康診断個人結果表（雇入時）

氏名			生年月日	年 月 日	健診年月日	年 月 日	
			性別	男 ・ 女	年齢	歳	
自覚症状 ※右欄に自覚症状を記載			0. 特になし				
			1. 頭が重い		8. 疲れやすい	15. 知覚異常がある	22. 寝つきが悪い
			2. 頭が痛い		9. 目が痛い	16. 手足が震える	23. すぐ目が覚める
			3. めまいがする		10. 涙が出る	17. 握力が弱くなってきた	24. イライラする
			4. 吐き気がする		11. 目がチカチカする	18. 体重が減ってきた	25. 手足の先が痛い
			5. 食べ物をもどす		12. 視力が低下した	19. 食欲がない	26. 関節痛・筋肉痛がある
			6. 心臓がドキドキする		13. のどが痛い	20. 腹痛がある	
			7. 何となく不安である		14. 皮膚が荒れる、かぶれる	21. 便秘	
			他. ()				
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 (%)						
	赤血球恒数	平均赤血球容積 (MCV) (fl)					
		平均赤血球ヘモグロビン量 (MCH) (pg)					
		平均赤血球ヘモグロビン濃度 (%)					
皮膚所見							
他覚所見							
参考事項							
① 医師の診断							
健康診断を実施した医師の氏名							
② 医師の意見							
意見を述べた医師の氏名			印 (自筆の場合は印省略可)				

備考

- ①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。