

2025 年度第 1 回放射線取扱学生特殊健康診断について (学生区分 1 対象)

WEB 問診＋完全予約制で実施いたします。期間内にて WEB 問診に回答した後、Net 予約を完了させてください。WEB 問診の回答がない場合、健康診断を受診できませんのでご注意ください。

1. WEB 問診及び Net 予約期間 5 月 19 日 (月) ～5 月 27 日 (火)

	◆◆◆◆WEB 問診◆◆◆◆ https://forms.gle/Fm69ZGd7yWLmMFb69 <u>学生用 DC メールアカウント</u>を使用し、回答してください。 回答方法は次頁をご参照ください。
◆◆◆◆Net 予約◆◆◆◆ https://web.star7.jp/mypage/mobile_info.php?p=086602b44f 予約完了後、kenshin@star7.jp から予約確認メールが届きます。 予約の各時間帯は定員が限られますので、お早めにご予約ください。 ※配慮希望の方は Net 予約せずにメールでご相談ください。 (5/27 まで。 hairyo-kenshin@grp.tohoku.ac.jp)	

2. 健康診断について

- ・ 実 施 日 **6 月 2 日 (月) ～6 日 (金)**
9:40～11:00 (予約制)
- ・ 検査項目 皮膚検査・眼科検査・血液検査 (赤血球数・白血球数・血色素測定・ヘマトクリット値)
- ・ 会 場 保健管理センター (川内北キャンパス)
- ・ 持 参 物 ① 学生証
(**デジタル学生証は不可**)
② スマートフォンまたはタブレットなど
(WEB 問診完了や Net 予約を確認します)
③ 前回健診にて要経過観察者は、前回の個人報告書

3. 結果について

6 月中旬までに、担当部局へお送りします。

4. その他

- ・ 時間厳守です。予約時間に遅れると受診できませんので、ご注意ください。
- ・ 健診終了まで平均 30 分、場合により 60 分以上かかりますので、時間に余裕を持って受診してください。

(本件連絡先)

保健管理センター 八島

022-795-7836(川内 92-7836)

kenshin_housya@grp.tohoku.ac.jp

放射線取扱学生特殊健康診断問診票(A)区分 1 /Medical Questionnaire for Specialized Medical Examination for Students who Handle Radioactive Materials(A)

注意1: この問診票の回答は必ずDCメール (例 XXXX.XXXX.XX@dc.tohoku.ac.jp) でログインして回答してください。教員・職員メール (例 XXXX.XXXX.XX@tohoku.ac.jp) でログインして回答しないでください。このフォームでは、すべての回答者からのメールアドレスが自動的に収集されます。Note 1: Please be sure to log in and answer this questionnaire via your DC email (e.g. XXXX.XXXX.XX@dc.tohoku.ac.jp). Do not log in to answer this questionnaire using your faculty/staff email (e.g. XXXX.XXXX.XX@tohoku.ac.jp). This form automatically collects email address from all respondents.

必ず本学**学生用の DC メール**でご回答ください。教職員用メールアドレスをお持ちの方は、ご注意ください。

Please be sure to respond **via student DC email**. Do not use faculty/staff email addresses.

@tohoku.ac.jp アカウントを切り替える

* 必須の質問です

メール *

☐ 返信に表示するメールアドレスとして @tohoku.ac.jp を記録する

DC メールアドレスではない場合、アカウントを切り替えて DC メールアドレスに変更してください。

If it is not **via student DC email address**, please switch your account to DC email address.

1. 学籍番号を記載してください(半角英数)/Please enter your student ID* (half-width alphanumeric)

回答を入力

半角英数で、健康診断時点での学籍番号をご記入ください。
Please enter your student ID number as of the time of the medical check up

3. 以前の大学・研究室での被ばく歴も含めて過去に被ばく歴はありますか /Do you have a history of radiation exposure to date ? *

☐ はい/YES

☐ いいえ/NO

過去に放射線被ばくを受ける環境にいた場合は「はい」を選んでください。被ばくの記憶がない場合は「いいえ」を選んでください。

Select "Yes" if you were exposed to radiation in the past in an environment. If you have no memory of being exposed to radiation, please select "No".

4-2. 被ばくのあった作業の内容を選んでください/Please select the work that has been done in that exposure history.
(複数選択可/Multiple selections possible)

☐ X線発生装置/X-ray generator

☐ 非密封RI/Unsealed radioisotope

☐ 密封RI/Sealed radioisotope

☐ 加速器/Accelerator

☐ SOR

☐ その他/Others

作業内容を忘れた場合は、「その他/Others」を選択してください。

If you have forgotten the work, please select "その他/Others".

4-3. 被ばくのあった作業期間を記載してください(半角英数) /Please describe the period of work during which you had that exposure history. (half-width alphanumeric)

記載例: dd/mm/yyyy~dd/mm/yyyy

回答を入力

期間がご不明な場合は、2020~2021 のように、おおよその西暦年のみを記入してください。

In the time period is ambiguous, please enter just the approximate year, e.g., 2020-2021.

5-0. あなたは新規に「放射線取扱者」登録申請をしますか? /Are you applying for a new "Radiation Handler" registration?

☐ はい/YES

☐ いいえ/NO

前回の放射線取扱学生特殊健康診断で「要経過観察者」と判定された方は、「いいえ」になります。

For those who have been judged as "person requiring observation" in the last specialized medical examination, the answer to this question is "No".